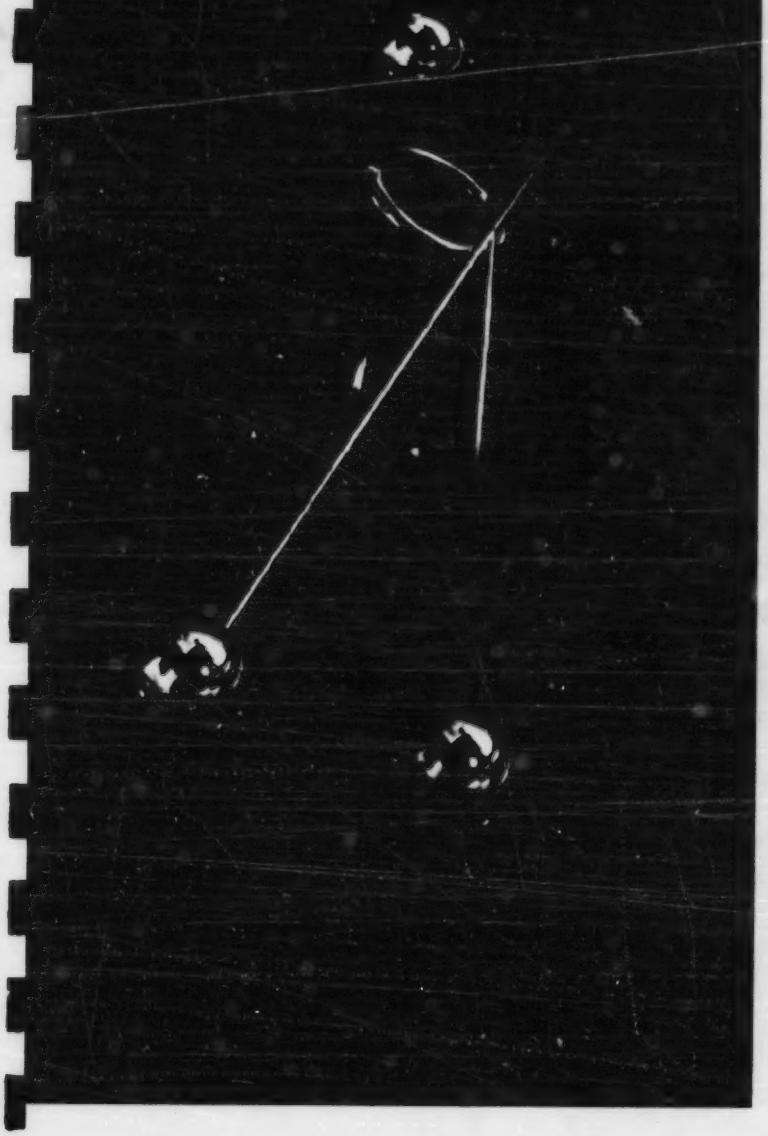
107975

assurance jugement réglementation programmes assurer examiner équilibre efficace considérer objectif protéger principes rehausser responsabilité évoluer respecte droits équitable coopération efficient confiance traitment exercice équilibre reconnaître pouvoirs réglementer maintenir pouvoirs qualité assurer souple respecte accès exercice processus répondre consommateurs individu établir obtenir question obstacles coûts compétence identifier plaintes déterminer faciliter efficient ressource suffisant décisions discipline discipline promouvoir améliorations assurance



Rectifier l'équilibre

Étude de la Loi sur les professions de la santé réglementées

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

Ontario

Health Professions Regulatory Advisory Council

2195 Yonge Street
4th floor
Toronto ON M4S 2B2
Tel (416) 326-1550
Fax (416) 326-1549
TDD (416) 327-0823

Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé

2195, rue Yonge
4e étage
Toronto ON M4S 2B2
Tél (416) 326-1550
Téléc (416) 326-1549
ATS (416) 327-0823

Ontario

Le 14 mars 2001

L'honorable Tony Clement
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto ON M7A 2C4

Monsieur le Ministre,

Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé a le plaisir de vous présenter le rapport de son étude de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*. Le Conseil consultatif tenait son mandat d'étudier l'efficacité et l'incidence de la *Loi* et des lois régissant les professions de la santé auxquelles elle s'applique du premier protocole d'entente qu'il avait signé en 1993 avec la ministre de la Santé de l'époque.

La présente étude, qui reconnaît bien des avantages aux dispositions législatives actuelles, souligne en particulier l'importance de deux éléments clés du système de réglementation en vigueur, à savoir l'autonomie des professions de la santé réglementées et le système d'actes autorisés. En ce qui a trait à la façon de mieux atteindre les objectifs visés par la *Loi* concernant la protection du public, la qualité des soins et la responsabilité, le Conseil consultatif recommande une série de modifications qui devraient faire en sorte que le système serve mieux l'intérêt public. Quantité de ces modifications s'imposent si l'on veut que les ordres régissant les professions de la santé soient plus accessibles au public et que les patientes et patients bénéficient pleinement de la protection de la *Loi*.

En attendant le plaisir de discuter avec vous des conclusions de cette étude et de nos recommandations dès qu'il vous sera possible de nous rencontrer, nous vous prions de recevoir, Monsieur le Ministre, l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Rob Alder, Ph.D., Chair

Bob Morton, Vice Chair

Stephen Birch, D.Phil.

David Surplis, Ph.D.

Barry Brown, Ph.D.

Joyce Timpson, Ph.D.

Joyce Feinberg, Ph.D.

AVANT-PROPOS

L'un des piliers de notre système de santé sont les professions qui offrent leurs services au public. Il existe en Ontario 23 professions soumises à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (« la *Loi* »), comptant environ 220 000 membres. L'un des objectifs clés de la *Loi* est de renforcer la prestation de soins professionnels de la plus haute qualité. Or, le bon fonctionnement du système de réglementation des professions de la santé est essentiel à la qualité des soins de santé offerts dans notre province.

Le présent document rend compte d'une étude de l'efficacité et de l'incidence de la *Loi*. Cette étude fut un travail de longue haleine, auquel les membres du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé et son personnel se sont consacrés pendant plusieurs années : que mes collègues au Conseil consultatif et toutes les personnes qui nous ont soutenus dans notre tâche soient ici remerciés du fond du cœur. Je tiens aussi à saluer les efforts de Mary Lou Gignac, qui nous a guidés dans nos analyses et la préparation de ce rapport, ce même que le savoir-faire de Douglas Alderson, notre conseiller juridique tout au long de l'étude.

L'étude aurait été impensable sans l'apport de quantité d'intervenantes et d'intervenants. Les ordres régissant les professions visées par la *Loi* nous ont fait entrevoir comment fonctionne, concrètement, la mise en œuvre du système. En plus de nous faire part de leurs observations par écrit, ils ont participé à des groupes de discussion et coopéré avec l'organisme indépendant chargé d'évaluer plusieurs de leurs programmes clés. Nous avons aussi recueilli les observations de représentantes et représentants de divers établissements de santé et de formation des professions de la santé, de même que de quelques conseils régionaux de santé. Plusieurs associations professionnelles, syndicats et prestateurs de soins ont également répondu à notre invitation à nous soumettre des observations, tout comme un certain nombre d'organismes de défense des consommateurs et de membres du public, qui se sont les uns comme les autres aussi joints à nous dans des groupes de discussion. Au nom des membres du Conseil consultatif, je leur exprime à toutes et à tous notre profonde reconnaissance.

Lors de son adoption en 1991, la *Loi* marquait l'abandon d'une réglementation axée sur les professions en faveur d'une réglementation axée sur l'intérêt public. Le titre du rapport préliminaire, *« Établir un nouvel équilibre »*, signalait ce changement d'orientation. Au moment de l'adoption de la *Loi*, la ministre de la Santé de l'époque avait pris l'engagement d'en étudier l'efficacité et l'incidence. En préparation de cette étude, soucieux de refléter une certaine continuité dans l'élaboration de dispositions législatives destinées à évoluer, le Conseil consultatif avait choisi d'intituler son document de consultation *« Question d'équilibre »*. Ce que l'étude a finalement mis en lumière, c'est la nécessité d'un certain rééquilibrage, d'où le titre du présent document, *« Rajuster l'équilibre »*. Nous sommes convaincus que la mise en application des recommandations formulées aux pages qui suivent donnera naissance à un système de réglementation d'une plus grande efficacité, efficience, souplesse et équité, bref, mieux à même de servir les intérêts des Ontariennes et des Ontariens.

Rob Alder
Président du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

TABLE DES MATIÈRES

Page

PARTIE I VUE D'ENSEMBLE

Chapitre 1 Introduction **1**
Aperçu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* 1
Contexte 2
Portée de l'étude 3
Chapitre 2 Méthodologie **4**
Chapitre 3 Principales conclusions de l'étude **10**
1. Efficacité 10
2. Efficience 15
3. Souplesse 16
4. Équité 17

PARTIE II ÉTUDE DES COMPOSANTES DU SYSTÈME DE RÉGLEMENTATION

Chapitre 4 Champs d'application des professions **20**
1. Système d'actes autorisés 20
2. En quoi consistent les actes autorisés et qui peut les exécuter 22
3. Clarté des actes autorisés 25
4. Exception relative aux activités de la vie quotidienne 33
5. Disposition relative au risque de lésion 37
6. Titres réservés 39
Chapitre 5 Direction des professions par les ordres **46**
1. Rôle et responsabilités d'un ordre 46
2. Structure du conseil d'un ordre 48
3. Structure des comités d'un ordre 52
4. Membres du public nommés au conseil d'un ordre 59
Chapitre 6 Procédures relatives aux plaintes et à la discipline **65**
Section 1. Procédure relative aux plaintes pour faute professionnelle d'ordre général 66
1. Composition du sous-comité du comité des plaintes 66
2. Nature d'une « plainte » 68
3. Rapports d'enquête 70
4. Délai pour statuer sur une plainte 72
5. Renvoi d'une question au comité de discipline 73
6. Pouvoirs d'un sous-comité du comité des plaintes 74
7. Ordonnances de suspension provisoire ou de restriction d'un certificat d'inscription 77
8. Appels devant la Commission d'appel et de révision des professions de la santé 79
Section 2. Procédure relative à la discipline pour faute professionnelle d'ordre général 82
9. Composition et pouvoirs d'un sous-comité du comité de discipline 82
10. Statut de partie des plaignants 83
11. Preuve 85
12. Procédure d'audience 86
13. Ordonnances 87
14. Appels 89
Section 3. Procédures pour faute professionnelle d'ordre sexuel 90

Chapitre 7 Accès du public à l'information **95**
1. Dispositions en matière de confidentialité 95
2. Accès du public à l'information figurant au tableau 98
Chapitre 8 Qualité des soins **103**
1. Programmes d'assurance de la qualité des ordres 103
2. Assurance de la qualité en fonction des lieux de travail 108
Chapitre 9 Relations avec les patients **114**
Point sur les programmes de relations avec les patients 114
Chapitre 10 Rôles et responsabilités du ministre et du Conseil consultatif **119**
Section 1. Rôle et responsabilités du ministre 119
1. Information du public 120
2. Teneur de l'information communiquée au public 124
3. Exécution de la *Loi* 126
4. Rapports entre les ordres et le ministère 128
5. Fonctions de surveillance et de contrôle 130
6. Collecte de données aux fins de planification 131
Section 2. Rôle et responsabilités du Conseil consultatif 132
7. Études de la *Loi* et des lois sur une profession de la santé 132
8. Communication au public des rapports du Conseil consultatif 135
9. Questions soumises au Conseil consultatif 136
10. Évaluation des programmes et surveillance continue du rendement 136

PARTIE III RECOMMANDATIONS

Chapitre 11 Récapitulatif des recommandations **139**

ANNEXES

A : Recommandations du Conseil consultatif au ministre concernant les programmes d'assurance de la qualité des ordres régissant les professions de la santé

B : Recommandations du Conseil consultatif au ministre concernant les procédures des ordres régissant les professions de la santé relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel

C : Principaux points soulevés par les professions de la santé réglementées concernant les dispositions législatives auxquelles elles sont soumises

D : Question d'équilibre

E : Actes autorisés dont la création ou l'exécution sont revendiquées par les professions soumises à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

Chapitre 1 Introduction

Aperçu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* est le fruit de près d'une décennie de travaux du Comité de révision des lois régissant les professions de la santé. Constitué en 1982, le Comité avait principalement pour mission de déterminer quelles professions de la santé il convenait de réglementer, de mettre à jour la *Loi sur les sciences de la santé* et de concevoir un nouveau cadre législatif applicable à l'ensemble des professions de la santé réglementées.[1] Ses travaux ont abouti à l'ébauche des textes législatifs en vigueur à l'heure actuelle, à savoir la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et les 21 lois régissant les différentes professions visées par celle-ci.

Lors de son adoption en 1991, la *Loi sur les professions de la santé réglementées* (« la *Loi* ») a été largement saluée pour son aspect quasi révolutionnaire. En plus d'avoir établi un cadre législatif pour la réglementation des membres des 23 professions de la santé réglementées de l'Ontario, elle a remplacé les champs d'application exclusifs des professions par un système d'actes autorisés. On entend par « actes autorisés » les interventions qui présentent un important élément de risque, à moins d'être exécutées avec adresse par une personne compétente. La *Loi* se distingue notamment par ses dispositions selon lesquelles chaque ordre régissant une ou plusieurs professions de la santé doit mettre un programme d'assurance de la qualité, de même que par ses mesures vigoureuses visant, d'une part, à empêcher les mauvais traitements d'ordre sexuel des patients par les membres d'une profession de la santé et, d'autre part, à traiter d'une telle situation lorsqu'elle se produit. Une autre des particularités de la *Loi* est sa stipulation que les ordres se composent d'à peine moins de 50 pour 100 de membres du public.

Les professions de la santé visées par la *Loi* en Ontario regroupent plus de 220 000 membres. Elles sont soumises non seulement à un cadre législatif commun, mais à une série de lois connexes, qui précisent, entre autres, le champ d'application de chacune d'elles, les titres réservés à ses membres et les actes autorisés que ces derniers ont le droit d'exécuter. Le régime de réglementation des professions de la santé comprend, outre la *Loi* avec son *Code des professions de la santé*, les 21 lois visant les diverses professions, les règlements pris en application de ces textes de loi, de même que la *Loi sur les commissions d'appel et de révision du ministère de la Santé*.

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* a plusieurs objectifs :

- protéger le public contre les préjudices et les lésions;
- favoriser des soins de qualité;
- rendre les professions de la santé responsables envers le public;
- donner aux patients accès aux services des professions de la santé de leur choix;
- rendre la réglementation uniforme en veillant à ce que toutes les professions de la santé adhèrent aux mêmes objets et aux mêmes principes d'intérêt public;
- traiter chaque patiente ou patient et chaque membre d'une profession de la santé de manière équitable.

---

[1] *Établir un nouvel équilibre : projet de réglementation des professions de la santé en Ontario*

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* attribue des fonctions et des responsabilités :

- au ministre de la Santé et des Soins de longue durée;
- aux ordres régissant les professions de la santé;
- à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé;
- au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le « Conseil consultatif »).

Entrée en vigueur le 31 décembre 1993, la *Loi* s'applique aux 23 professions de la santé réglementées et aux 21 ordres qui régissent ces professions. Les ordres ont des fonctions de réglementation, pas d'enseignement. Ils établissent des normes pour une profession de la santé, voire plusieurs, et veillent à ce que les membres des professions de la santé se conforment à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et des lois connexes. Pour se donner le titre de professionnelle ou de professionnel de la santé réglementé, une personne doit être membre de l'ordre qui régit sa profession. Les professionnels de la santé réglementés ne sont pas titulaires d'un permis les autorisant à exercer leur profession, mais plutôt d'un certificat d'inscription que leur ordre délivre à ses membres.

Contexte

La ministre de la Santé de l'époque, alors qu'elle s'adressait au Comité permanent des affaires sociales chargé de se pencher sur la *Loi* à l'état de projet en août 1991, avait fait savoir que les dispositions de celle-ci seraient sujettes à révision, à la lumière des conclusions tirées d'examens continus et d'un examen approfondi cinq ans après son entrée en vigueur.

Cet engagement a été officialisé en 1993 par la signature d'un protocole d'entente entre la ministre de la Santé de l'époque et le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé. En vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, la ministre ou le ministre peut renvoyer toute question concernant la réglementation des professions de la santé au Conseil consultatif en lui demandant de l'examiner et de formuler des recommandations à son égard. C'est ainsi que le Conseil consultatif s'est vu confier la tâche de se pencher sur l'efficacité et l'incidence de la *Loi* et des différentes lois sur une profession de la santé au cours des cinq années suivant leur entrée en vigueur, qui remonte au 31 décembre 1993. Cette étude constitue ce qu'il est convenu d'appeler l'étude quinquennale.

Par la suite, la ministre a soumis deux autres questions au Conseil consultatif, à la demande de deux particuliers, M^me^ M. Arndt et M. B. Salvador, l'une et l'autre relatives à la régie autonome des professions, et notamment à la composition des conseils et des comités des ordres. La question soumise par M^me^ Arndt, suite à un rapport publié par M. G. Belza, portait par ailleurs sur les abus de confiance et la divulgation de renseignements. À la demande de la ministre, le Conseil consultatif s'est penché sur ces questions dans le cadre de son étude de la *Loi* et il rend compte de ses conclusions à leur égard dans le présent rapport.

En plus de la demande ministérielle d'examiner la *Loi* cinq ans après son entrée en vigueur, le Conseil consultatif est légalement tenu, passé ce même délai, de rendre compte au ministre de l'efficacité de trois programmes dont la *Loi* prescrit l'adoption par les ordres, à savoir :

- les programmes d'assurance de la qualité;
- les procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel;
- les programmes de relations avec les patients.

Le Conseil consultatif a achevé l'évaluation des deux premiers de ces programmes et a soumis ses recommandations afférentes au ministre l'an dernier, en octobre et en décembre respectivement. Le présent rapport tient compte des conclusions de ces évaluations et les recommandations en découlant y sont jointes en annexes A et B. Le Conseil consultatif remettra son compte rendu de l'évaluation des programmes de relations avec les patients en mars 2001.

Portée de l'étude

La présente étude visait à établir si la *Loi* a engendré un système de réglementation efficace, avantageux, souple et équitable. Afin de déterminer si tel est le cas, le Conseil consultatif a utilisé des critères variés.

Pour ce qui est de *l'efficacité*, il s'est basé sur les trois objectifs clés de la *Loi*, protéger le public contre les préjudices et les lésions, favoriser des soins de qualité et rendre les professions de la santé responsables envers le public.

Pour ce qui est de *l'efficience*, il s'est basé, d'une part, sur les quantités de temps et d'autres ressources investis dans le système de réglementation et, d'autre part, sur la lourdeur administrative de ce dernier par rapport à ses résultats.

Pour ce qui est de *la souplesse*, il a examiné combien vite le système de réglementation a su s'adapter aux nouvelles situations qui ont pu se présenter depuis sa mise en place, vu qu'il est indispensable, face à l'évolution du système de santé, que la *Loi* reflète les changements que connaissent les rôles des membres des professions de la santé et l'utilisation de leurs services.

Pour ce qui est de *l'équité*, il en a principalement jugé par rapport aux droits et intérêts des membres des professions de la santé comme des personnes qui utilisent leurs services, et par rapport à l'égalité entre les participantes et participants au système de réglementation.

L'étude a essentiellement porté sur le système de réglementation établi par la *Loi* et les différentes lois sur une profession de la santé, de même que sur des dispositions ou lacunes précises de la *Loi*. Elle n'a pas pris en considération les points soulevés à l'égard des professions individuelles, notamment l'élargissement de leur champ d'application. Ces points sont repris en annexe C. Il serait préférable qu'ils fassent l'objet de questions soumises au Conseil consultatif par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée. L'examen de questions de cette nature doit se faire suivant un processus détaillé et avec une attention très particulière.

Le présent rapport est divisé en trois parties : la première trace les grandes lignes de l'étude; la seconde présente les principales composantes du système de réglementation retenues à des fins d'analyse par rapport aux thèmes de l'étude que sont l'efficacité, l'efficience, la souplesse et l'équité. Enfin, la troisième (chapitre 11) reprend l'ensemble des recommandations du Conseil consultatif.

Chapitre 2 Méthodologie

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* ») est un texte législatif aussi vaste et complexe qu'il est novateur. En conséquence, son étude nécessitait un long processus préparatoire de discussions et de planification. Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le « Conseil consultatif ») a donc entrepris une planification détaillée et recueilli les avis des 21 ordres régissant les professions de la santé quant à la nature et l'étendue de l'étude, aux questions sur lesquelles elle devait porter et aux processus de consultation.

Les consultations publiques, axées sur une grande variété d'intervenantes et d'intervenants, étaient organisées sur des thèmes visant à solliciter le plus d'observations et de renseignements possible.

Le Conseil consultatif a consulté les ordres à plusieurs reprises en 1996 et 1997. Il leur a fait parvenir un document de travail en les invitant à lui faire des observations sur toute une série de sujets en vue de l'aider à concevoir l'évaluation de la *Loi*, de même que les questions sur lesquelles il baserait son étude. Le document de travail abordait plusieurs thèmes que le Conseil consultatif avait cernés lors de l'examen de diverses autres questions qui lui avaient été soumises au préalable par voie ministérielle.

Par la suite, le Conseil consultatif a retenu les services d'une personne travaillant pour un cabinet d'experts-conseils qu'il a chargée de rencontrer les registrateures et registrateurs des ordres régissant les professions de la santé afin de déterminer quels problèmes la mise en œuvre des dispositions novatrices de la *Loi* avait pu créer. Suite à ces rencontres, cette personne a compilé les points soulevés, par sujet, et les a distribués à l'ensemble des ordres. Cette compilation a servi de base aux discussions sur la portée et la teneur de l'étude qui ont eu lieu ultérieurement lors d'un atelier organisé en collaboration avec les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario (Federation of Regulatory Health Colleges of Ontario).

En 1998, le Conseil consultatif s'est penché sur les objectifs fondamentaux de la *Loi* et ceux du Comité de révision des lois régissant les professions de la santé, afin de pouvoir arrêter un cadre général pour la présente étude. Il a ainsi retenu les principes directeurs suivants pour ses consultations :

- *l'efficacité* serait examinée spécifiquement par rapport aux objectifs de protéger le public contre les préjudices et les lésions, favoriser des soins de qualité et rendre les professions de la santé responsables envers le public;
- *l'efficience* serait examinée par rapport au temps et autres ressources investis pour atteindre les objectifs de la *Loi*, mais aussi par rapport à la question de savoir s'il ne serait pas possible d'alléger le fardeau administratif de la réglementation sans nuire à l'efficacité, à la souplesse ni à l'équité du système;
- *la souplesse* serait examinée par rapport à l'aisance et à la rapidité avec laquelle le système de réglementation a su s'adapter aux nouvelles situations qui ont pu se présenter, par exemple sous l'effet du changement technologique;
- *l'équité* serait examinée par rapport à la sensibilité et au respect dont le système fait montre à l'égard des intérêts et des droits de l'ensemble des membres des professions de la santé

réglementés et de leur clientèle, de même que par rapport à son universalité d'accès et à son traitement équitable de tous ses intervenantes et intervenants.

Le Conseil consultatif a basé son évaluation de l'efficacité globale du système de réglementation prescrit par la *Loi* sur trois questions fondamentales, à savoir :

- les dispositions de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* suffisent-elles à atteindre les trois objectifs clés de celle-ci en matière de protection du public, de qualité des soins et de responsabilité?
- les ordres ont-ils réussi à mettre en œuvre les dispositions de la *Loi* et si oui, à quelles difficultés se sont-ils heurtés?
- quelles améliorations appellent la teneur et la mise en œuvre des dispositions législatives?

Le Conseil consultatif s'est par ailleurs penché sur une série de questions additionnelles issues de ses consultations avec les ordres en 1996 et 1997. Ces questions avaient trait à des aspects très précis du système de réglementation, tels que la composition des conseils des ordres, les pouvoirs du bureau de chaque ordre ou encore les dispositions prévues pour protéger la vie privée des plaignants et des professionnels mises en cause.

En juin 1999, le Conseil consultatif a lancé de vastes consultations publiques avec la diffusion d'une publication intitulée *Question d'équilibre*. Cette publication contenait des questions générales et spécifiques regroupées suivant six grands thèmes : la protection du public contre les préjudices et les lésions, la qualité des soins, la responsabilité, l'efficience, la souplesse et l'équité. Les questions visaient à recueillir le plus d'observations et de renseignements possible des personnes participant aux consultations.

Compte tenu de la complexité de la *Loi*, *Question d'équilibre* reprenait, thème par thème, une description de ses dispositions pertinentes. La publication était complétée d'annexes rappelant le cadre de référence de l'étude quinquennale, les noms des 21 ordres régissant les professions de la santé, la liste des 13 actes autorisés prévus par la *Loi*, de même que les modalités de présentation des observations. Une copie de cette publication est jointe en annexe D.

Question d'équilibre visait à recueillir les observations des personnes qui réglementent, fournissent ou reçoivent des soins de santé en Ontario, aussi bien les patients, les groupes de défense de leurs intérêts, les membres des professions de la santé, leurs établissements d'enseignement, leurs associations et les ordres qui les régissent que le public en général.

Le Conseil consultatif a diffusé *Question d'équilibre* en anglais et en français, en invitant ses lectrices et lecteurs à lui communiquer, par écrit, leurs observations sur tout ou parties des questions y figurant. Totalisant plus de 6 000 exemplaires de juin à décembre 1999, cette diffusion a eu lieu par l'intermédiaire d'un grand nombre d'établissements et d'organismes, parmi lesquels :

- les ordres régissant les professions de la santé;
- des associations de membres des professions de la santé;
- des organismes de protection des consommateurs ou de défense des droits des patients;
- les hôpitaux;
- les conseils régionaux de santé;
- les centres d'accès aux soins communautaires;

- les centres de santé communautaire;
- des établissements de soins de longue durée;
- des établissements de santé universitaires;
- les bureaux de circonscription des députées provinciales et députés provinciaux;
- les bibliothèques publiques.

Question d'équilibre était aussi accessible à partir du site Web du Conseil consultatif, avec la même invitation à soumettre des observations. On peut y lire que le cadre de référence de l'étude incluait deux questions soumises au Conseil consultatif par voie ministérielle, celle de M. Salvador et celle de M^me^ Arndt. Le Conseil consultatif a également publié ces deux questions soumises sur son site Web, en même temps que le rapport d'un certain M. Belza, qui faisait partie de la question soumise par M^me^ Arndt. Les personnes intéressées étaient également invitées à prendre connaissance de ces documents et à se prononcer à leur égard.

En plus de diffuser *Question d'équilibre* par la poste et par voie électronique, le Conseil consultatif a distribué plus de 32 000 dépliants, en anglais et en français, sollicitant les observations des personnes qui fournissent des soins de santé, de leurs employeurs, des personnes qui utilisent le système de santé et du public en général. De plus, il a passé des annonces dans les médias, y compris les médias ethniques, afin d'obtenir la plus vaste participation possible à ses consultations.

Enfin, le Conseil consultatif a mis en place une ligne téléphonique sans frais à l'intention des personnes intéressées résidant à l'extérieur de la région du grand Toronto, de même que deux lignes pour ATS à l'intention des personnes malentendantes, l'une pour les appels locaux, l'autre pour les appels interurbains sans frais.

Dix des seize conseils régionaux de santé ont contribué aux consultations entre novembre 1999 et janvier 2000 en animant une série de discussions. Lors de ces discussions, une personne membre du Conseil consultatif survolait les dispositions de la *Loi*, expliquait le processus de l'étude et répondait aux questions qui pouvaient lui être posées. Chaque conseil régional de santé participant se chargeait d'animer les discussions et de consigner les opinions qui faisaient l'unanimité, pour ensuite résumer les points de vue échangés et les incorporer dans ses observations au Conseil consultatif pour les besoins de l'étude.

Le Conseil consultatif avait suggéré plusieurs sujets de discussion aux conseils régionaux de santé, dont la sensibilisation du public aux dispositions de la *Loi*, l'accès du public à certains renseignements figurant au tableau des ordres, les actes autorisés actuels, les exigences de la *Loi* concernant les programmes d'assurance de la qualité et la proportion idéale de membres des professions de la santé et de membres du public au sein des conseils des ordres.

Les conseils régionaux de santé ayant participé aux consultations représentaient des régions tant urbaines que rurales du Sud comme du Nord de l'Ontario. Ils comptent parmi leurs membres et leurs associés des groupes de défense des consommateurs, des organismes de services de santé et des comités consultatifs œuvrant pour le compte de groupes tels que :

- la clientèle générale du système de santé,
- les personnes retraitées ou âgées,
- les enfants ou les familles,

- les personnes ayant un handicap physique,
- les organismes de santé mentale;
- les organismes qui se consacrent à un problème de santé particulier,
- les groupes consultatifs des hôpitaux.

Le Conseil consultatif a recueilli 368 observations écrites, toutes aussi sérieuses et réfléchies les unes que les autres. Hélas, pas plus de 59 de ces observations émanaient de simples particuliers – ce qui est pour le moins décevant. Ce résultat est peut-être attribuable à un manque de familiarité du public avec la façon dont les membres des professions de la santé sont réglementés en Ontario. Voici la répartition des observations recueillies, suivant leur origine :

Membres des professions de la santé, individuellement	144
Associations professionnelles du domaine de la santé	64
Particuliers	59
Groupes de défense des consommateurs	32
Ordres (individuellement et par l'entremise de leur fédération)	22
Organismes de services de santé	20
Conseils régionaux de santé	12
Établissements d'enseignement	8
Syndicats	4
Commission d'appel et de révision des professions de la santé	1
Compagnie d'assurance	1
Cabinet d'avocats	1
	368

Quatre-vingt dix pour cent des personnes et des organismes ayant soumis des observations au Conseil consultatif l'ont autorisé à les afficher sur son site Web, ce qu'il a fait en avril 2000, après en avoir éliminé toute indication permettant d'identifier les personnes dont il pouvait y en être question.

Le Conseil consultatif a ensuite invité les personnes intéressées à donner leur avis sur les observations ainsi affichées, et il a accepté ces avis jusqu'au 31 juillet 2000.

L'ensemble des observations écrites ont fait l'objet d'une codification et d'une analyse au moyen de NVivo, un logiciel spécialement conçu pour l'analyse de données qualitatives. Plusieurs sujets se sont dégagés de l'ensemble des observations. Le Conseil consultatif a laissé de côté ceux, tels que le niveau d'instruction requis pour pouvoir utiliser un titre réservé ou encore la conception des examens visant à assurer le maintien de la compétence, se rapportaient à une profession particulière et ne tombaient donc pas dans le cadre de référence de la présente étude. Les éléments relatifs à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* qu'il a retenus en vue d'une analyse plus détaillée sont énumérés ci-après. Il s'agit d'aspects du système de santé en général et d'éventuelles modifications législatives qui ont rapport à l'efficacité, à l'efficience, à la souplesse et à l'équité de la *Loi*.

- Les procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre général (y compris le mode de règlement extrajudiciaire des différends ou « processus de règlement à l'amiable », les règles de la preuve, la transparence et le statut de partie).

- Les procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel (y compris le signalement obligatoire de telles fautes, les services de soutien, le processus de règlement à l'amiable ou encore le financement de la thérapie et des consultations).
- La composition des conseils et des comités des ordres.
- Les actes autorisés (leur définition et leur multiplication, les actes liées à la prestation d'une aide à une personne dans ses activités de la vie quotidienne, la disposition relative au risque de lésion et son application).
- La modification des champs d'application des professions.
- Les programmes de relations avec les patients.
- L'accès du public à l'information (à la lumière de l'article 36 traitant du secret professionnel et des renseignements qui figurent au tableau).
- Les membres du public qui siègent aux conseils des ordres.
- L'information du public.
- Les programmes d'assurance de la qualité, et surtout, l'assurance de la qualité quel que soit le lieu de travail.
- L'inscription des professionnels formés à l'étranger
- Le rôle des ordres
- La simplification structurelle des comités des ordres
- Le rôle de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé
- Le rôle du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
- Le rôle du ministre de la Santé et des Soins de longue durée
- Les titres réservés
- Les membres d'une profession de la santé non réglementée
- La collecte de données à des fins de planification

Le Conseil consultatif a convié les ordres régissant les professions de la santé à des groupes de discussion les 24 et 28 juillet 2000. Il avait choisi les sujets de discussion selon leur pertinence par rapport au mandat des ordres, qui est de servir et de protéger l'intérêt public, et selon l'importance pour l'étude des observations qu'il espérait recueillir. Ces sujets étaient les suivants :

- le délai de 120 jours prévu pour statuer sur une plainte;
- le recours au processus de règlement à l'amiable;
- la structure, les fonctions et les pouvoirs des comités chargés de traiter des plaintes et des questions de discipline ou d'incapacité;
- l'éventuelle création d'un organe indépendant chargé des plaintes et des questions de discipline;
- le système d'actes autorisés;
- l'accès du public à certains renseignements concernant les membres des professions de la santé.

Les 21 et 23 novembre 2000, le Conseil consultatif a organisé d'autres groupes de discussion, cette fois avec des représentantes et représentants de groupes de défense des consommateurs comme des particuliers qui lui avaient au préalable soumis des observations écrites, de même que des membres du public siégeant aux conseils des ordres. Ces groupes de discussion lui ont permis d'entendre de première main les points de vue et les positions du public sur une série de

questions clés concernant les renseignements relatifs aux membres des professions de la santé, à la protection de l'intérêt public et à la responsabilité. Les sujets abordés lors de ces discussions étaient les suivants :

- Quels sont les renseignements dont une personne devrait pouvoir disposer pour prendre une décision éclairée au moment de choisir une professionnelle ou un professionnel de la santé?
- Quel est le meilleur moyen de mettre ces renseignements à la disposition des personnes qui en ont besoin?
- Quelle certitude peut avoir le public que ses intérêts sont à la clé de toutes les décisions prises par les conseils des ordres régissant les professions de la santé?
- Comment et par qui devrait se faire la surveillance des ordres?
- Quelle information faudrait-il communiquer au public pour l'assurer que les ordres servent bien l'intérêt public?

Le Conseil consultatif a affiché un condensé de ses discussions avec les professions de la santé et les groupes de défense des consommateurs sur son site Web.

Il a par ailleurs tenu compte des conclusions des trois évaluations prescrites par la *Loi* (celles des programmes d'assurance de la qualité, des procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel et des programmes de relations avec les patients des ordres). Effectuées par un cabinet d'experts-conseils dont le Conseil consultatif a retenu les services à l'issue d'un processus concurrentiel, ces évaluations ont porté sur des données quantitatives et qualitatives recueillies auprès des ordres, de leurs membres et du public, de même que sur une comparaison des activités des ordre par rapport aux exigences de la *Loi*. Faute d'avoir pu entreprendre une analyse d'impact direct (c.-à-d. des effets à long terme), l'évaluation de l'efficacité vraisemblable de ces activités s'est faite suivant un modèle logique de programme.

Le Conseil consultatif a attentivement examiné les observations et les options issues des consultations et des trois évaluations prescrites par la *Loi*, et il a pris en considération leurs répercussions possibles sur chaque élément de la *Loi* retenu pour une étude plus approfondie, surtout en ce qui concerne l'efficacité, l'efficience, la souplesse et l'équité du système de réglementation. Cette réflexion, alimentée de la recherche complémentaire effectuée par le personnel de soutien du Conseil consultatif, forme la solide base des recommandations et des conseils formulés dans le présent rapport.

Chapitre 3 Principales conclusions de l'étude

Le présent chapitre résume les principales conclusions de l'étude quinquennale de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* »), présentées sous quatre rubriques reflétant les thèmes de l'étude :

1. Efficacité
2. Efficience
3. Souplesse
4. Équité

D'entrée de jeu, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le « Conseil consultatif ») était favorable au maintien de deux composantes essentielles du système de réglementation des professions de la santé prévues par la *Loi*, l'autonomie des professions et le système d'actes autorisés. Partant de ce principe, il a axé son étude de la *Loi* sur la façon d'améliorer le fonctionnement du système dans l'intérêt des Ontariennes et des Ontariens.

1. Efficacité

La *Loi* contient divers mécanismes favorisant l'atteinte de ses trois objectifs clés que sont la protection du public contre les préjudices et les lésions, la qualité des soins et la responsabilité. Il s'agit du régime des champs d'application, des procédures relatives aux plaintes et à la discipline, des programmes d'assurance de la qualité et du programme de relations avec les patients, de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé et enfin de la présence de membres du public au sein des conseils des ordres.

De l'avis du Conseil consultatif, ces mécanismes prévus par la *Loi* forment la base d'un système efficace de réglementation des professions de la santé; quoi qu'il en soit, si l'on veut optimiser l'efficacité du système, il s'avère nécessaire de rectifier ces mécanismes quelque peu et de régler plusieurs questions fondamentales concernant leur mise en œuvre.

Avant de revenir à ces rectifications et ces questions de mise en œuvre, le Conseil consultatif tient à souligner trois aspects spécifiques de la *Loi* que les intervenantes et intervenants s'accordent à reconnaître comme étant des mécanismes assurant effectivement la protection du public, la promotion de soins de qualité et la responsabilisation des professions, à savoir :

Le système d'actes autorisés : Le système d'actes autorisés est reconnu comme étant un mécanisme novateur et efficace qui protège le public sans nuire à son libre choix de services des professions de la santé ni à la souplesse du système de réglementation. Pas une seule des observations formulées pour les besoins de la présente étude ne laissait entendre qu'il faudrait éliminer le système d'actes autorisés ou revenir en Ontario à l'ancien système de droits exclusifs ou de monopoles sur la prestation des services. Le Conseil consultatif en conclut que cinq années après son entrée en vigueur, le système d'actes autorisés reste un élément positif du système de réglementation des professions de la santé en Ontario.

Les programmes d'assurance de la qualité : Le Conseil consultatif est également tout à fait favorable au fait que la *Loi* prescrive l'adoption d'un programme d'assurance de la qualité à l'égard de chaque profession. C'est entre autres à ces programmes obligatoires que l'Ontario doit

sa position de chef de file en matière de réglementation des professions de la santé. La minutie et l'originalité des programmes de la plupart des ordres sont tout à fait remarquables. Ces programmes renferment la très réelle promesse de continuer à rehausser la qualité des soins proposés à la population ontarienne.

La présence de membres du public au sein des ordres : Le système de réglementation des professions de la santé est fondé sur l'autonomie des professions, qui sont légalement tenues d'assurer leur autoréglementation d'une manière qui protège l'intérêt public. La présence de membres du public au sein des conseils et comités des ordres constitue un mécanisme législatif de poids à l'appui de cette responsabilité. Le Conseil consultatif souscrit absolument au maintien de cette exigence fondamentale à la responsabilisation des professions.

Force est toutefois au Comité consultatif de conclure également à l'issue de cette étude que la nature et la mise en œuvre des dispositions législatives en vigueur présentent quatre sérieuses entraves à l'efficacité du système de réglementation prévu par la *Loi*. Ces entraves sont les suivantes :

- le public n'est guère sensibilisé à la réglementation des professions de la santé;
- les procédures relatives aux plaintes et à la discipline aient besoin d'être renforcées;
- les procédures des ordres et leurs résultats manquent de transparence;
- l'importance insuffisante accordée à l'application de la *Loi*, à en juger par exemple par le peu d'orientation immédiate et de soutien continus offerts aux membres du public nommés aux conseils des ordres et le peu de cas fait de l'application du système d'actes autorisés.

Information du public

Le premier problème majeur mis en lumière par l'étude quinquennale est le fait que le public ne sait guère quelles professions sont réglementées ni comment cette réglementation fonctionne. Cette conclusion s'impose au Conseil consultatif au vu des observations qui lui ont été soumises en réponse à son document de consultation, *Question d'équilibre*, de même que des données issues de son évaluation de l'efficacité des procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline concernant les fautes professionnelles d'ordre sexuel. Il ressort par ailleurs d'une enquête effectuée auprès de la population adulte de l'Ontario que cinq années après l'entrée en vigueur de la *Loi*, une personne sur trois seulement sait ou croit savoir où se tourner pour porter plainte en cas de faute professionnelle d'ordre sexuel par une ou un membre d'une profession de la santé réglementée. Le fait que malgré la vaste campagne d'information menée par le Conseil consultatif, pas plus de 59 particuliers ne lui aient fait parvenir d'observations reflète à lui seul le manque de sensibilisation du public au système de réglementation des professions de la santé.

L'information du public est indispensable à l'atteinte des objectifs de la *Loi*. Les procédures relatives aux plaintes et à la discipline ne sauraient avoir le moindre effet protecteur si les personnes qu'elles sont censées protéger ne savent pas comment se renseigner sur ce qui constitue ou non une conduite acceptable pour les membres d'une profession de la santé réglementée ni comment se plaindre d'une éventuelle faute professionnelle. Pareillement, à moins que le public ne connaisse le rôle et le fonctionnement des ordres, ceux-ci ne peuvent guère être tenus responsables de l'exécution de leur mandat, qui est de servir et de protéger l'intérêt public.

Efficacité des procédures relatives aux plaintes et à la discipline

L'efficacité des procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline est un autre élément indispensable à l'atteinte des objectifs de la *Loi* pour ce qui est de protéger le public contre les préjudices et les lésions. Il importe que les procédures relatives aux plaintes et à la discipline entraînent la prise de mesures adéquates pour améliorer la conduite des professionnels mis en cause et pour faire comprendre aux membres des professions de la santé comme au public que la prestation de soins laissant à désirer, et a fortiori les fautes professionnelles, sont inacceptables.

La rectification de nombreux aspects de la *Loi* s'impose si l'on veut rendre les procédures relatives aux plaintes et à la discipline plus efficaces et faire en sorte que le public en reconnaisse l'utilité. Les changements à y apporter devront entre autres rendre les procédures et leurs résultats plus transparents, notamment en améliorant la participation et le soutien des plaignants, mener à des décisions plus uniformes et permettre aux ordres de réagir plus promptement lorsque quelqu'un parmi leurs membres pose un risque grave pour la sécurité du public.

Voici l'essentiel des aspects de la *Loi* à rectifier :

- donner aux plaignants et aux membres d'une profession mis en cause la possibilité de vérifier la façon dont leurs déclarations à l'égard d'une plainte ont été consignées pour les besoins de l'enquête y afférent et de faire des observations à cet égard;
- donner au comité des plaintes des pouvoirs plus explicites concernant l'imposition de cours de remédiation ou d'autres mesures réparatrices aux membres ayant manqué à leurs obligations ou encore l'approbation de leurs ententes de réparation;
- établir des lignes directrices relatives au recours à tout processus de règlement à l'amiable et notamment aux restrictions s'y rapportant;
- préciser les circonstances dictant le renvoi d'une professionnelle ou d'un professionnel au comité de discipline;
- faire que les plaignants et les professionnels mis en cause soient obligatoirement avisés de tout retard dans le traitement d'une plainte;
- accélérer la procédure de suspension provisoire;
- établir des lignes directrices relatives aux ordonnances du comité de discipline;
- limiter les sursis d'exécution des ordonnances frappées d'appel;
- exiger la publication d'une quantité accrue tant de données sommaires concernant l'issue des procédures relatives aux plaintes et à la discipline que de renseignements concernant les avertissements adressés aux membres des professions de la santé et les activités de remédiation ou autres mesures réparatrices qui ont pu leur être imposés.

Transparence

Le troisième élément crucial lié à l'efficacité du système de réglementation des professions de la santé est sa transparence. L'absence de transparence empêche non seulement de tirer des conclusions en matière de responsabilité, elle est aussi un obstacle à une évaluation plus ouverte et systématique de l'efficacité. Plusieurs dispositions de la *Loi* garantissent un minimum de transparence, par exemple celles qui prévoient que le public doit pouvoir accéder à l'information figurant au tableau des membres d'un ordre ou participer aux réunions de son conseil et aux audiences de son comité de discipline. Comme c'est le cas pour bien d'autres aspects positifs de la *Loi*, ces dispositions ne suffisent pas à atteindre les objectifs de celle-ci, en l'occurrence concernant la responsabilité.

Le Conseil consultatif a repéré plusieurs domaines où un renforcement des exigences législatives ou des politiques ministérielles, voire les deux, se traduirait par une meilleure responsabilisation des professions. Il préconise entre autres :

- de multiplier les renseignements concernant les membres des professions de la santé mis à la disposition du public, de sorte que celui-ci puisse avoir connaissance de l'issue des procédures des ordres en matière d'avertissements adressés à des professionnels de la santé et d'engagements pris en matière de remédiation;
- de limiter l'obligation de confidentialité des ordres aux seuls renseignements personnels qu'ils ne sont pas légalement tenus de divulguer (l'issue des procédures des ordres ne devrait par exemple pas être confidentielle);
- d'améliorer la consultation des renseignements qui figurent au tableau des ordres en les rendant accessibles par Internet d'ici cinq ans;
- d'exiger des ordres, d'une part, la présentation à intervalles réguliers de rapports facilitant le suivi continu de leurs programmes et, d'autre part, la publication de renseignements précis;
- de prévoir la publication des résultats de toutes les évaluations des programmes des ordres effectuées par le ministère.

La transparence entre aussi en jeu en ce qui a trait au principe d'équité. Le Conseil consultatif estime qu'il faudrait rendre plus accessibles, outre les renseignements relatifs à l'issue des questions dont un ordre a été saisi, les critères appliqués pour décider du traitement d'une plainte, du recours à un processus de règlement à l'amiable ou encore de la peine imposée aux membres des ordres reconnus coupables de faute professionnelle. C'est pourquoi le Conseil consultatif a formulé plusieurs recommandations visant à renforcer les exigences de la *Loi* dans ces domaines.

Le Conseil consultatif estime que ces rectifications propices à une plus grande transparence et responsabilité sont essentielles si l'on veut accroître la confiance du public dans le système de réglementation.

Application de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

Le système de réglementation repose sur la collaboration de plusieurs partenaires aux devoirs et responsabilités interreliés. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée est ultimement responsable de l'application de la *Loi* dans l'intérêt du public. À l'heure actuelle, le ministère s'acquitte de son rôle à cet égard par l'intermédiaire de dispositions législatives et de politiques,

par des fonctions de supervision et par la nomination de membres du public aux ordres qui régissent les professions de la santé. Le Conseil consultatif perçoit deux problèmes majeurs à l'application de la *Loi* : d'une part, le peu d'importance accordée à la capacité des particuliers siégeant aux ordres de véritablement représenter l'intérêt public et, d'autre part, l'impossibilité d'intenter des poursuites contre les professionnels de la santé qui ne sont membres d'aucun ordre.
Le Conseil consultatif est tout à fait favorable à la présence au sein des conseils et comités des ordres de membres du public, dont le rôle lui semble indispensable à une responsabilisation efficace des professions de la santé. Les observations qu'il a recueillies lors de ses consultations ont toutefois révélé que les particuliers nommés aux ordres ne s'acquittent pas toujours aussi bien de leur rôle que l'on pourrait s'y attendre, faute de bien savoir en quoi il consiste et quel engagement il exige de leur part. L'orientation à laquelle ces particuliers devraient pouvoir s'attendre dès leur nomination et la formation ou le soutien qui devraient leur être offerts par la suite posent aussi un problème.

Le Conseil consultatif en conclut qu'il convient à tout prix d'aider les particuliers siégeant aux ordres afin de les rendre davantage à même de représenter l'intérêt public et ainsi de faire contrepoids aux intérêts des professions de la santé. Pour cela, il faudrait prévoir une orientation rapide et une formation systématique des membres du public nommés aux ordres, de même que la mise au point de ressources et l'organisation de forums d'échange d'information à leur intention. Le Conseil consultatif estime de plus qu'étant donné leur savoir-faire, les ordres devraient se charger de la conception et de la prestation de ces programmes de formation. Il est par ailleurs d'avis qu'il incombe au ministre de la Santé et des Soins de longue durée non seulement de veiller à ce que la sélection des membres du public nommés aux ordres se fasse en fonction de leurs connaissances et de leur capacité à représenter l'intérêt public, mais aussi d'appuyer les personnes ainsi nommées dans ce rôle important. Ces responsabilités s'inscrivent en droite ligne du rôle du ministre pour ce qui est de veiller à l'application de la *Loi* dans l'intérêt du public et soulignent le fait que les particuliers siégeant aux ordres sont une ressource provinciale qui renforce la responsabilité du système de réglementation.

L'application de la *Loi* passe non seulement par les procédures relatives aux plaintes et à la discipline, mais aussi par le régime des champs d'application des professions, basé sur l'énoncé de ces derniers, les actes autorisés et les exceptions s'y rapportant, la disposition législative se rapportant au risque de lésion et aux titres réservés. Mis à part l'inscription, le régime des champs d'application est le principal mécanisme de réglementation prévu pour assurer la protection du public, vu qu'il vise à prévenir les préjudices et les usurpations de droits professionnels et à en traiter lorsqu'ils se produisent.

L'un des moyens, et non des moindres, de prévenir les préjudices est de veiller à l'application des dispositions de la *Loi* relatives au droit d'exercice. Compte tenu des dispositions de la *Loi* selon lesquelles les personnes qui ne respecteraient pas le champ d'application de leur profession sont passibles d'une amende (en cas d'exécution d'un acte autorisé ne relevant pas de sa compétence, d'usurpation d'un titre réservé ou de violation de la disposition relative au risque de lésion), il est évident que ses auteurs tenaient à ce que les champs d'application des professions soient respectés.

Les observations soumises au Conseil consultatif ont fait ressortir une série de problèmes relatifs à l'application de la *Loi*. En effet, le Conseil consultatif a constaté que malgré l'importance

primordiale de l'application de la *Loi* pour la protection du public et le caractère tout à fait adéquat des dispositions prévoyant cette application, ni le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ni les ordres ne semblent se soucier de l'application de la *Loi* en ce qui a trait aux prestateurs de soins de santé n'appartenant pas à une profession de la santé réglementée. Cette lacune au niveau de son application constitue un obstacle majeur à l'efficacité de la *Loi*.

Le Conseil consultatif est bien conscient du fait que l'application efficace de la *Loi* n'est pas l'affaire d'une seule intervenante ou d'un intervenant. Elle est entièrement dépendante de l'existence d'un véritable partenariat entre le ministre ou le ministère, les ordres et le public. Faute de coopération entre ces intervenantes et intervenants clés, l'application de la *Loi* restera problématique.

2. Efficience

Il importe de veiller à ce que les exigences de la *Loi*, notamment sur le plan administratif, ne soient pas trop lourdes ni inutilement tracassantes, que les procédures prescrites soient aussi simples que possible et que le fonctionnement des ordres soit aussi efficace et avantageux que faire se peut, tout cela sans compromettre l'atteinte des objectifs visés. L'efficience a essentiellement rapport au fait de tirer le meilleur parti des ressources disponibles et des occasions qui se présentent pour atteindre les objectifs visés.

Le Conseil consultatif reconnaît que la réglementation des professions de la santé est très coûteuse, tant pour les membres des ordres que pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Il est évident que son fardeau financier et administratif affecte surtout les ordres ayant le moins de membres. Le Conseil consultatif estime cependant que malgré leur coût, les obligations auxquelles la réglementation soumet les ordres et leurs membres sont justifiées. Sacrifier certains éléments du système de réglementation diminuerait son efficacité ou son équité.

Les observations n'ont pas fait ressortir de problème urgent en matière d'efficience, si ce n'est des doléances concernant la lenteur du traitement des plaintes par les ordres, des examens de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé et de l'adoption des règlements par le ministère. Tout au long de l'étude, le Conseil consultatif a toutefois noté qu'une simplification de la structure des comités des ordres devrait se traduire par des gains en efficience.

Simplification de la structure des comités des ordres

Le système actuel se prête à la fragmentation de l'information et au dédoublement de certaines fonctions. Le Conseil consultatif en conclut que pour arriver à une plus grande efficience administrative, il faudrait regrouper plusieurs fonctions présentement assurées par différents comités des ordres et créer un comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes, de même qu'un seul comité d'arbitrage.

Premièrement, en ce qui a trait aux plaintes, le Conseil consultatif est arrivé à la conclusion qu'il serait bon de regrouper certaines des fonctions du bureau et du comité des plaintes des ordres et de les confier à un seul et nouveau comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes, dont le rôle serait d'accueillir des renseignements de toute origine relatifs aux membres de l'ordre et d'y donner suite comme il se doit. Une plus grande efficience structurelle ou

administrative, voire les deux, peut se traduire par une responsabilité accrue, comme le Conseil consultatif a pu le constater à l'égard de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé depuis que celle-ci a amélioré ses procédures administratives.

Deuxièmement, en ce qui a trait à l'arbitrage, le Conseil consultatif pense qu'il faudrait créer un seul comité à cette fin, appelé le comité de déontologie, en fusionnant les actuels comité de discipline et d'aptitude professionnelle, vu que leurs procédures sont si similaires et leurs fonctions en tant de points redondantes.

D'après l'évaluation des programmes de relations avec les patients des ordres, l'exigence que chaque ordre se dote d'un comité chargé uniquement de ces relations est non seulement inutile, mais pourrait faire obstacle à la mise en place de programmes des relations avec les patients complets et intégrés. Le Conseil consultatif préconise d'accorder plus de marge de manœuvre aux ordres et recommande de substituer à leur obligation légale de se doter chacun d'un comité des relations avec les patients celle de coordonner entre eux leurs programmes de cette nature de sorte à tous mieux en atteindre les objectifs.

Le Conseil consultatif est favorable au maintien des comités prévus par la *Loi* en ce qui a trait au bureau, à l'assurance de la qualité et aux inscriptions, en plus des comités fusionnés chargés, d'une part, des activités d'examen préliminaire et de traitement des plaintes et, de l'autre, des activités d'arbitrage.

3. Souplesse

Le Conseil consultatif notait déjà dans *Question d'équilibre* qu'étant donné l'évolution constante de la société, de la technologie et des milieux de prestation des soins de santé, le cadre législatif mis en place par la *Loi* doit nécessairement être assez souple pour pouvoir s'adapter aux contextes changeants dans lesquels les membres des ordres exercent leur profession. Faute d'une telle souplesse, la *Loi* et les différentes lois sur une profession de la santé seraient vouées à la même obsolescence qui a frappé le système antérieur de réglementation des professions de la santé que formaient la *Loi sur les sciences de la santé*, la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments* et d'autres lois connexes.

Or, le cadre législatif mis en place par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* est tel qu'il permet des modifications précises aux lois et règlements régissant les professions de la santé. Le régime des champs d'application des professions, avec son système d'actes autorisés aux termes de dispositions législatives propres aux diverses professions, renferme la souplesse nécessaire à la réglementation des professions de la santé. Des modifications législatives sont possibles, et sont déjà intervenues, pour élargir les champs d'application des professions, tout comme les règlements qui définissent les actes autorisés ou qui restreignent leur exécution ont déjà fait l'objet de modifications en réponse à des besoins changeants.

Étude des lois à intervalles réguliers

Le Conseil consultatif maintient que pour donner au système de réglementation sa souplesse optimale, il faudrait toutefois procéder régulièrement à l'étude des différentes lois sur une profession de la santé. De telles études mettraient à profit la souplesse inhérente au cadre législatif existant et garantiraient que les lois en vigueur tiennent compte des facteurs de

changement technologiques ou autres touchant les professions de la santé et les milieux dans lesquels elles sont exercées. Il est entendu que ces études des lois qui régissent les différentes professions devront se baser sur des critères visant la protection du public et favoriser la participation du public.

4. Équité

Toujours dans *Question d'équilibre*, le Conseil consultatif notait que l'équité est fonction de la sensibilité et du respect dont le système de réglementation témoigne aux particuliers, de l'impartialité avec laquelle les ordres traitent leurs membres et d'autres personnes tout au long de leurs procédures et enfin de la mesure dans laquelle les patients peuvent avoir accès aux services des professions de la santé de leur choix. L'équité est aussi une question d'équilibre entre les droits et les pouvoirs des ordres, de leurs membres et du public.

Le Conseil consultatif est favorable à l'existence d'une loi « cadre » qui établit une structure de réglementation commune pour les 23 professions de la santé réglementées et qui soumet leurs 21 ordres aux mêmes exigences. À bien des égards, ce cadre législatif commun contribue au traitement juste et équitable du public comme des professions de la santé à tous les niveaux du système de réglementation. Il est par ailleurs plus facile de renseigner le public sur la structure de réglementation et les exigences établies par la *Loi* du fait qu'elles ne varient pas d'une profession ni d'un ordre à l'autre.

Les garanties procédurales détaillées incorporées à la *Loi* sont indispensables et, dans l'ensemble, assurent un juste équilibre entre les droits des plaignants, des membres des professions de la santé et de leurs ordres, en plus de satisfaire aux règles de justice naturelle. Au moment de formuler des recommandations visant à rehausser la transparence de la procédure et le rôle des plaignants, le Conseil consultatif a pris garde de préserver cet équilibre et de confirmer les garanties procédurales dont bénéficient tant les personnes à l'origine d'une plainte que les membres d'une profession visés par celle-ci : pour preuve, il préconise par exemple d'accorder aux deux parties le droit de prendre connaissance du relevé de leurs déclarations par la personne chargée d'enquêter sur une plainte.

Équité des procédures relatives aux plaintes et à la discipline

Les personnes ayant participé aux consultations ont plus souvent qu'autrement évoqué l'équité dans le contexte des procédures relatives aux plaintes et à la discipline. Tant celles qui se situaient dans le camp des professions de la santé que celles qui parlaient au nom des plaignants ont émis de nombreuses et sérieuses réserves quant à l'équité et à l'intégrité de ces procédures. Les particuliers sont convaincus que les ordres ont tendance à protéger leurs membres, tandis que des voix se sont levées parmi les professions de la santé pour déplorer que leurs ordres ne les protègent pas assez.

Le Conseil consultatif a constaté à travers ces observations et l'évaluation des procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel que seule une minorité des personnes perturbées par la conduite d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé vont jusqu'à déposer une plainte auprès de l'ordre compétent. De toute évidence, il s'agit d'encourager et d'aider ces personnes à faire part de leurs préoccupations aux ordres, car ces derniers se basent dans une grande mesure sur le

signalement de cas d'inconduite par des particuliers pour prendre les mesures qui s'imposent à l'égard de leurs membres en faute et ainsi protéger le public contre les préjudices et les lésions. L'efficacité des procédures relatives aux plaintes et à la discipline est tributaire de la confiance qu'elles inspirent aux personnes qui s'interrogent sur le comportement de quelque membre d'une profession de la santé réglementée que ce soit. La *Loi* marqué un changement radical d'orientation du système de réglementation qui, autrefois axé sur les professions de la santé, vise aujourd'hui à protéger l'intérêt public. Reste à revoir certaines procédures des ordres afin de reconnaître et d'appuyer le rôle des particuliers qui portent plainte et ainsi satisfaire aux raisons d'être de ce changement d'orientation.

Selon le Conseil consultatif, les procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline n'inspireront confiance au public que dans la mesure où elles seront perçues comme étant équitables. La spontanéité avec laquelle les personnes qui se sentent lésées le feront savoir et déposeront une plainte officielle auprès de l'ordre compétent est liée à la foi qu'elles auront dans le fait que l'ordre traitera leur plainte avec équité et sensibilité.

Malgré les dispositions de la *Loi* visant à garantir l'équité procédurale, le Conseil consultatif estime que le système actuel pourrait témoigner de plus de sensibilité et de respect aux plaignants et leur faciliter la participation aux instances. Un premier pas dans ce sens serait d'offrir plus de soutien aux personnes qui portent plainte pour mauvais traitements d'ordre sexuel; un autre serait d'accorder au plaignants en général le statut de partie, autrement dit la qualité pour agir, lors des instances du comité de discipline. Une autre façon d'établir l'équité des procédures relatives aux plaintes et à la discipline serait de rendre l'issue des instances plus transparente, tel qu'évoqué précédemment. En conséquence, le Conseil consultatif a formulé une série de recommandations visant à rehausser l'équité des procédures relatives aux plaintes et à la discipline par la reconnaissance du rôle crucial que les plaignants jouent dans le système.

Le Conseil consultatif est arrivé à la conclusion que le renforcement du rôle des plaignants et du soutien qui leur est apporté dans les procédures relatives aux plaintes et à la discipline, associé à la restriction du recours à un processus de règlement à l'amiable, aux nouvelles exigences évoquées précédemment en matière de renvoi d'une question au comité de discipline et de divulgation accrue, servira à augmenter le nombre de plaintes donnant lieu à une instance disciplinaire. Le Conseil consultatif pense que cela devrait jusqu'à un certain point satisfaire aux préoccupations exprimées dans une partie des observations qui lui ont été soumises.

Conclusion : Rectifier l'équilibre

Lorsqu'il a entamé son étude de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, le Conseil consultatif a commencé par examiner la question de savoir si la mise en œuvre de la *Loi* avait pu se faire en respectant un juste équilibre entre ses objectifs clés (la prestation de soins de qualité, la protection du public et la responsabilité envers ces derniers) et leur incidence sur l'efficience, la souplesse et l'équité du système de réglementation des professions de la santé. Or, le Conseil consultatif a pu constater que dans une très large mesure, la *Loi* a effectivement engendré, en un laps de temps relativement limité, un système de réglementation assez bien équilibré. Il estime toutefois nécessaire de rectifier cet équilibre quelque peu pour faire en sorte que ce système soit véritablement efficace, avantageux, souple et équitable.

Le remplacement de la *Loi sur les sciences de la santé* et des autres lois qui régissaient alors les différentes professions de la santé réglementées par l'actuelle *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et ses lois connexes a marqué un changement clair et net dans la façon dont les professions de la santé sont réglementées en Ontario. Préalablement axé sur les professions de la santé, le système de réglementation vise aujourd'hui à protéger l'intérêt public. Le système de réglementation mis en place par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* est plus transparent et garant d'une plus grande responsabilité des professions auxquelles il s'applique que le système antérieur. Quoi qu'il en soit, le Conseil consultatif juge nécessaire de rectifier l'équilibre engendré par la *Loi* pour améliorer cette transparence et cette responsabilité, de même que pour sensibiliser le public au système de réglementation et l'amener à y participer davantage. Cette rectification aboutira à un système plus efficace de réglementation des professions de la santé qui satisfera aux besoins des Ontariennes et des Ontariens pendant une bonne partie du XXI^{e} siècle.

Chapitre 4 Champs d'application des professions

Le présent chapitre porte sur le régime des champs d'application des professions, formé des actes autorisés avec leurs exemptions et exceptions, de la disposition relative au risque de lésion et des titres réservés. Ses différentes parties sont les suivantes :

1. Système d'actes autorisés
2. En quoi consistent les actes et qui peut les exécuter
3. Définition claire des actes autorisés
4. Exception relative aux activités de la vie quotidienne
5. Disposition relative au risque de lésion
6. Titres réservés

L'une des principales caractéristiques du système de réglementation des professions de la santé mis en place par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* ») est qu'il a substitué un système d'actes autorisés à l'ancien régime de droits exclusifs ou de monopoles sur la prestation de services.[2] Les actes autorisés tels qu'ils existent aujourd'hui peuvent s'appliquer à plusieurs professions dont les champs d'application se recoupent, alors qu'auparavant, nul autre qu'une personne membre d'une profession n'avait le droit d'exécuter le moindre acte relevant du champ d'application de celle-ci. Le but de cette modification fondamentale du système était d'assouplir les conditions de prestation des soins de santé, tout en protégeant le public contre les préjudices et les lésions.

Par souci de préserver le libre accès du public aux services des professions de la santé de leur choix, la *Loi* laisse une bonne partie des actes liés aux soins de santé dans le domaine public. Il s'agit d'ailleurs là d'un autre de ses aspects quasi révolutionnaires. Notre système sert désormais d'exemple aux assemblées législatives ailleurs qu'en Ontario qui envisagent l'adoption ou la modification de textes de loi visant à réglementer des professions de la santé.

1. Système d'actes autorisés

La *Loi* énumère 13 actes qui, s'ils ne sont pas exécutés par une personne compétente, présentent un important risque de préjudice ou de lésion. Ces « actes autorisés » incluent entre autres la communication d'un diagnostic, l'immobilisation plâtrée des fractures ou leur consolidation, la prescription de médicaments et la pratique d'accouchements. La *Loi* stipule que personne ne doit accomplir un acte autorisé à moins d'être membre d'une profession régie par une loi qui lui en donne explicitement l'autorisation.[3] Les soins de santé qui n'impliquent l'exécution d'aucun acte autorisé sont du domaine public, autrement dit n'importe qui peut en assurer la prestation.

Selon la *Loi,* une professionnelle ou un professionnel de la santé qui a le droit d'exécuter un acte autorisé en vertu de son appartenance à une profession réglementée à laquelle cet acte s'applique peut déléguer l'exécution de cet acte. Cette délégation peut se faire à une personne membre d'une profession réglementée à laquelle l'acte autorisé ne s'applique pas, voire à quelqu'un dont la profession n'est pas réglementée. La délégation de l'exécution d'un acte autorisé par une personne membre d'une profession de la santé réglementée ou à une personne membre d'une

[2] L'expression « monopole sur la prestation de services » est tirée du rapport du Comité de révision des lois régissant les professions de la santé, *Établir un nouvel équilibre*.
[3] Paragraphe 27(1) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

telle profession doit toutefois ce faisant se conformer à tout règlement applicable, s'il y en a, pris en application de la loi sur une profession de la santé qui régit leur profession.[4]

Il existe aussi plusieurs exceptions à l'interdiction pour les membres d'une profession de la santé non réglementée d'exécuter un acte autorisé. N'importe qui peut, par exemple, administrer des premiers soins ou octroyer une aide temporaire en cas d'urgence, au même titre qu'une étudiante ou un étudiant peut exécuter les actes autorisés relevant du champ d'application de sa future profession, à condition de le faire sous la direction et supervision d'une personne membre de ladite profession.[5]

Enfin, l'un des règlements pris en application de la *Loi* prévoit une série d'exemptions à l'application du système d'actes autorisés : il autorise l'exécution d'actes tels que l'acuponcture, la perforation des oreilles ou d'autres parties du corps, l'électrolyse et le tatouage à des fins cosmétiques.[6]

Résultat des consultations

L'une des constatations les plus frappantes du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le « Conseil consultatif ») à l'issue de ses consultations est qu'aucune des observations qui lui ont été soumises ne suggère l'abandon du système d'actes autorisés créé par la *Loi* ni le retour au régime de droits exclusifs ou de monopoles sur la prestation de services préalablement en vigueur en Ontario.

Analyse du Conseil consultatif

Le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé[7] avait justifié l'adoption d'un système d'actes autorisés comme suit : « … le modèle que nous recommandons est fondé sur le principe selon lequel l'unique but de la réglementation professionnelle est la protection de l'intérêt public. Nous croyons que la réglementation du domaine d'exercice est nécessaire parce qu'il est évident que certaines des activités exécutées par les pourvoyeurs de services de santé présentent un risque de préjudice si elles sont exécutées par des personnes non qualifiées. Cependant, il est également vrai que certains services de santé ne sont pas intrinsèquement dangereux. Nous croyons que le public devrait avoir le droit de choisir les pourvoyeurs de soins qui peuvent lui procurer des services qui ne présentent pas trop de risques. Nous sommes convaincus que le modèle de réglementation existant – tant dans son principe que dans la manière dont il a été appliqué – protège inadéquatement l'intérêt du public. En outre, nous croyons qu'il a des conséquences indésirables pour le système de santé. Il décourage en particulier la souplesse et freine l'innovation dans la prestation des services de santé. »[8]

---

[4] Paragraphes 28(1) et (2) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.
[5] Alinéas 29(1) a) et b) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.
[6] Article 8 du règlement de l'Ontario 107/96 pris en application de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.
[7] Le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé fut constitué par la ministre de la Santé de l'époque suite à une annonce faite en novembre 1982. Le Comité avait pour mandat de faire des recommandations à la ministre sous forme d'ébauche de projet de loi à l'égard des points suivants :
- établir quelles professions de la santé devraient faire l'objet d'une réglementation;
- réviser et mettre à jour la *Loi sur les sciences de la santé*;
- concevoir d'un cadre commun à l'ensemble des textes législatifs régissant les professions de la santé;
- régler différentes questions en suspens concernant plusieurs professions.

[8] *Établir un nouvel équilibre : projet de réglementation des professions de la santé en Ontario* (Gouvernement de l'Ontario, 1989), pp. 15-16.

Le Conseil consultatif, qui note en passant qu'aussi bien la Colombie-Britannique que l'Alberta ont incorporé la notion d'actes autorisés dans leurs plus récentes lois de réglementation des professions de la santé, est d'avis que le système d'actes autorisés établit un juste équilibre entre, d'une part, faciliter le libre accès du public aux services des professions de la santé de son choix et, d'autre part, protéger le public contre les préjudices et les lésions.

Les observations présentées lors des consultations abondent dans ce sens. Le Conseil consultatif estime, sur la foi des renseignements dont il dispose, qu'à la base, le système d'actes autorisés est tout à fait valable et devrait rester l'élément central de la *Loi*. Il tient toutefois à souligner l'importance de maintenir la validité et l'efficacité de ce système et de mieux le faire connaître au public. Pour ce faire, le système d'actes autorisés devra en tout temps être assez souple pour pouvoir refléter les nouveautés en matière de pratiques professionnelles, de technologie ou autres touchant la prestation des soins de santé. Il s'agit donc de veiller à l'existence de mécanismes permettant d'assurer l'information du public et l'actualisation du système.

Le Conseil consultatif constate par ailleurs que l'efficacité des dispositions de la *Loi* relatives aux actes autorisés est freiné par l'ambiguïté des dispositions relatives à leur application et par le manque de familiarité du public avec cet aspect essentiel du système de réglementation des professions de la santé. L'actualisation des actes autorisés et des champs d'application des professions, l'information du public et l'application de la *Loi* sont examinées plus en détail au chapitre 10, Rôles et responsabilités.

Plusieurs observations émanant de divers ordres évoquent la nécessité pour le ministère d'adopter une politique bien claire concernant la délégation d'actes autorisés. Le Conseil consultatif n'a pas analysé à fond les préoccupations ni les options se rapportant à cette question, eu égard à tout le travail déjà accompli dans ce sens par les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario et ce qui en a découlé comme apport à l'élaboration d'une telle politique par le ministère. Le Conseil consultatif convient de la nécessité d'une telle politique, en particulier pour ce qui est de clarifier les questions de responsabilité que soulève toute délégation de cette nature.

2. En quoi consistent les actes autorisés et qui peut les exécuter

Résultat des consultations

Plusieurs observations présentées au Conseil consultatif laissent entendre qu'il y aurait lieu d'élargir la liste des actes autorisés en vue d'y inclure des interventions qui, selon leurs auteurs, présentent un risque important de préjudice ou de lésions pour le public. Bon nombre d'ordres et d'autres groupements représentant des professions de la santé réclament par ailleurs dans leurs observations le droit pour leurs membres d'exécuter des actes autorisés qui sont présentement exclus du champ d'application de leur profession. Ces revendications sont résumées à l'annexe E. Quinze des 23 professions de la santé soumises à la *Loi* réclament le droit d'exécuter un plus grand nombre d'actes autorisés parmi ceux d'ores et déjà prévus. Les observations renferment aussi la proposition de créer neuf actes autorisés additionnels. Certaines professions préconisent l'ajout d'éléments nouveaux à des actes autorisés existants, comme par exemple l'ajout du laser à celui qui traite de l'application de formes d'énergie.

Compte tenu de leur nature particulièrement délicate par rapport au risque de préjudice ou de lésion pour le public, le Conseil consultatif tient à signaler ici certaines observations qui lui ont été soumises, les unes réclamant la réglementation de la psychothérapie, les autres le droit de prescrire des régimes thérapeutiques, voire une alimentation entérale ou parentérale.

Émanant de conseils régionaux de santé, de divers prestateurs de soins de santé, individuellement ou par l'intermédiaire d'organismes de santé, du Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques, de l'Ordre des psychologues de l'Ontario, de l'Association des psychologues de l'Ontario et d'un particulier, quantité d'observations renferment la demande d'ajouter la psychothérapie à la liste des actes autorisés. La raison principale raison donnée à l'appui de cette demande est le risque potentiel de la psychothérapie si elle n'est pas menée par une personne qualifiée. Une personne membre d'une profession de la santé a par exemple évoqué les conséquences néfastes que pourrait avoir le recours erroné à certaines techniques de psychothérapie dans les traitements faisant resurgir des souvenirs de mauvais traitements d'ordre sexuel subis dans l'enfance.

L'Ordre des diététistes de l'Ontario et Les diététistes du Canada pour leur part ont demandé que la prescription de régimes thérapeutiques et l'administration entérale et parentérale d'une substance médicamenteuse ou alimentaire soient ajoutés à la liste des actes autorisés, de sorte qu'elle englobe l'ensemble des interventions de cette nature susceptibles de poser un risque important de préjudice ou de lésion.

L'association des massothérapeutes de l'Ontario (Ontario Massage Therapist Association), elle, a recommandé l'inclusion dans la *Loi* d'un mécanisme prévoyant la révision périodique des actes autorisés, afin de déterminer s'il y aurait lieu d'y apporter des modifications ou d'en créer d'autres.

Analyse du Conseil consultatif

Comme on a pu le voir, bon nombre de professions revendiquent l'ajout d'interventions additionnelles à la liste des actes autorisés et le droit pour leurs membres de les exécuter. Le Conseil consultatif est d'avis que ces revendications dépassent la portée de la présente étude. Ceci étant dit, aux termes de l'actuelle *Loi*, les professions peuvent demander au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de soumettre cette question d'actes autorisés additionnels au Conseil consultatif. Le Conseil consultatif pourrait alors analyser et évaluer la preuve relative à « l'importance » du risque associé aux interventions visées avant de se prononcer sur l'utilité ou non de les ajouter aux actes autorisés et d'autoriser les membres de telle ou telle profession à les exécuter.

Des observations de provenances variées soutiennent qu'il serait bon d'accorder à certaines professions le droit d'exécuter des actes autorisés additionnels, compte tenu du risque de préjudice ou de lésion qui s'y rattache. Le Conseil consultatif reconnaît la pertinence de cet argument, en particulier en ce qui a trait à la demande de réglementer la psychothérapie ou encore la prescription d'une alimentation entérale et parentérale.

L'Ordre des diététistes de l'Ontario est de ceux qui demandent d'ajouter aux actes autorisés la prescription de régimes thérapeutiques ou encore d'une alimentation entérale et parentérale. Selon lui, la prescription de régimes thérapeutiques exige une éducation et une formation

spéciales et comporte un risque important de préjudice ou de lésion si elle est faite par des personnes non qualifiées. Il a également cité des exemples de problèmes de santé que peuvent entraîner les erreurs de prescription en matière d'administration d'une alimentation entérale et parentérale. Le Conseil consultatif note par ailleurs que les services de diététique sont pour la plupart des services communautaires et que de ce fait, autoriser les diététistes à prescrire une alimentation entérale et parentérale serait a priori une façon d'améliorer l'accès à ces services des personnes qui en ont besoin.

Le Conseil consultatif note également que plusieurs personnes ont suggéré la réglementation des psychothérapeute et l'ajout aux actes autorisés de la psychothérapie, eu égard au risque de préjudice ou de lésions que cette activité peut poser pour le public si elle est exécutée par quelqu'un qui n'a pas suivi de formation adéquate. Le Conseil consultatif est d'accord que la psychothérapie, lorsqu'elle est exécutée comme il se doit, est une forme de traitement de la plus haute complexité qui de ce fait nécessite un savoir-faire et des compétences très particulières. Le recours erroné à certaines techniques de psychothérapie ou leur exécution incompétente peut avoir des conséquences graves pour les patients.

La *Loi* s'attache presque exclusivement à protéger le public contre les risques de lésions physiques. Il ne faut toutefois pas perdre de vue les risques de préjudice sexuel, affectif ou psychologique. Le Conseil consultatif en a donc conclu que la réglementation des psychothérapeutes ou l'ajout de la psychothérapie aux actes autorisés, voire les deux, devrait faire l'objet d'un examen plus attentif à la lumière de la nature et de la gravité des risques de préjudice affectif associés à cette forme de traitement.

Selon le Conseil consultatif, un moyen de veiller au maintien de l'efficience et de la souplesse du système de réglementation des professions de la santé serait la révision régulière de la liste d'actes autorisés prévue par la *Loi* et des actes autorisés additionnels prévus par les différentes lois sur une profession de la santé. Vu l'amélioration constante des technologies et des connaissances mises au service du système de santé, il importe de s'assurer que les interventions qui présentent de nouveaux risques pour le public soient ajoutées à la liste des actes autorisés et que celles qui n'en présentent plus en soient retirées. Les professions évoluent au rythme du progrès des technologies et du savoir et il est donc tout naturel qu'elles réclament le droit d'exécuter des actes autorisés additionnels. La mise en place d'un mécanisme qui permettrait d'apporter les rectifications nécessaires aux champs d'application des professions sur la base d'une évaluation des risques et des avantages afférents ajouterait un degré de souplesse bienvenu au système de réglementation mis en place par la *Loi*. Ce point est repris plus en détail au chapitre 10 à l'égard du rôle et des responsabilités à venir du Conseil consultatif (pages 132 à 135).

Recommandations du Conseil consultatif

1. **Qu'ait lieu une étude périodique et à intervalles réguliers des lois sur une profession de la santé, afin d'établir s'il y a lieu d'ajouter des interventions additionnelles à la liste d'actes autorisés ou au contraire d'en supprimer, et ce en plus du mécanisme existant selon lequel le ministre de la Santé et des Soins de longue durée peut soumettre au Conseil consultatif des demandes précises d'expansion du champ d'application d'une profession (voir aussi la recommandation 61, page 135, au chapitre 10, Rôles et responsabilités).**

2. **Que le ministre invite les organismes suivants à lui demander de soumettre les questions qui les intéressent au Conseil consultatif, à savoir a) l'Ordre des diététistes de l'Ontario, la possibilité de modifier la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* ») par l'ajout aux actes autorisés de la prescription de régimes thérapeutiques et la prescription d'une alimentation entérale et parentérale et b) les groupements de psychothérapeutes appropriés la possibilité de modifier la *Loi* par l'ajout aux actes autorisés de la psychothérapie.**

3. Clarté des actes autorisés

Les actes autorisés énumérés dans la *Loi* sont présentement au nombre de treize. La clarté de leur formulation et l'uniformité de leur interprétation importent seulement en fonction de leur influence sur la réglementation efficace des professions de la santé et l'acception générale de ce que des prestateurs de soins de santé qui ne sont pas membres d'une profession à laquelle un acte autorisé s'applique peuvent faire ou non en rapport avec l'intervention en question. Compte tenu de la formulation simple ou concise des actes autorisés, il n'y a rien d'étonnant à ce que les 23 professions soumises à la *Loi* ne les interprètent pas toutes exactement de la même façon.

- Il arrive que les professions donnent un sens légèrement différent aux termes utilisés dans le libellé des actes autorisés.
- Il s'avère que le sens véhiculé par certains mots, comme par exemple « diagnostic » est d'une complexité inhérente.
- Certains mots ont par ailleurs des sens qui se chevauchent : un mot qui désigne un symptôme sert parfois aussi à exprimer un diagnostic, comme par exemple « tendinite » (inflammation du tendon).
- L'avis juridique répandu est qu'en cas d'ambiguïté, les termes utilisés dans la formulation des actes autorisés sont présumés avoir le sens que leur donnent les professions de la santé.[9]

Certains actes autorisés s'appliquent à plusieurs professions, comme par exemple la communication d'un diagnostic. Il se peut que les différences d'interprétation d'un même acte autorisé d'une profession à une autre ait des effets néfastes sur la réglementation des professions de la santé et la protection du public, comme il se peut qu'elle ne tire aucunement à conséquence.

Les professions peuvent recourir à différents mécanismes lorsque la formulation d'un acte autorisé leur pose un problème. Un ordre peut en effet demander au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de clarifier la nature de l'acte (bien que jusqu'ici, cette option se soit avérée peu concluante), demander une interprétation à la Cour de l'Ontario ou demander au ministre de renvoyer la question au Conseil consultatif.

Résultat des consultations

Les ordres régissant les professions de la santé sont à l'origine de la plupart des observations relatives aux actes autorisés. Ils souhaitent d'un commun accord que la *Loi* définisse clairement les actes autorisés, de sorte à garantir leur interprétation uniforme par l'ensemble des professions et des ordres qui les régissent. Selon les ordres, les problèmes qui peuvent survenir à cet égard sont liés à l'emploi dans les textes législatifs de mots ou d'expression qui n'y sont pas définis. Leurs écarts d'interprétation de ces mots ou expressions font que les ordres appliquent les actes

[9] College of Physicians and Surgeons of Ontario v. Larsen (1987), 45 D.L.R. (4th) 700 (Ont. H.C.J.).

autorisés de façon différente. Les mots ou expressions dont il est question en particulier sont les suivants :

- « communication d'un diagnostic »
- « trouble » et « dysfonctionnement »
- « médicament » et « substance »
- « prescrire » et « administrer »
- « prescription d'appareils de correction auditive »

Les problèmes pouvant se poser à cet égard sont examinés plus en détail ci-après.

Communication d'un diagnostic

Le premier acte autorisé énoncé dans la *Loi* est « la communication à un particulier, ou à son représentant, d'un diagnostic attribuant ses symptômes à tels maladies ou troubles, lorsque les circonstances laissent raisonnablement prévoir que le particulier ou son représentant s'appuiera sur ce diagnostic. »[10]

Cet acte autorisé comporte trois volets :

1. Il faut que quelqu'un communique avec un particulier (la patiente ou le patient) ou avec sa représentante ou son représentant.
2. Il faut communiquer à cette personne un diagnostic **attribuant** les symptômes à tels maladies ou troubles, autrement lui dire quelles maladies ou troubles sont **la cause des symptômes** [souligné par nous].
3. Il faut que les circonstances laissent raisonnablement prévoir que le particulier ou son représentant s'appuiera sur ce diagnostic.

La communication d'un diagnostic telle qu'exprimée ci-dessus n'inclut pas le fait d'évaluer ni de nommer les signes de maladie ni les symptômes qu'une personne peut présenter. Ce qu'il est question de communiquer à la patiente ou au patient est la cause sous-jacente des symptômes constatés, en autant qu'il s'agit d'une maladie ou d'un trouble. Un diagnostic implique la capacité d'identifier une maladie ou un trouble en tirant une conclusion qui s'appuie sur des connaissances ou des compétences précises. C'est cette conclusion en elle-même qui constitue le diagnostic et non les interventions sur lesquelles la conclusion est basée. Poser un diagnostic ou simplement le communiquer sont manifestement deux actes différents. Quoi qu'il en soit, l'acte autorisé qu'est la communication d'un diagnostic implique que les circonstances laissent raisonnablement prévoir que la patiente ou le patient s'appuiera sur ce diagnostic et acceptera par exemple sur la foi de celui-ci de se soumettre à une intervention effractive. Il est donc sous-entendu que l'exécution de cet acte autorisé est réservée aux personnes possédant les compétences nécessaires pour poser un diagnostic ou pour confirmer un diagnostic posé par quelqu'un d'autre.

Autrement dit, pour pouvoir nommer ou confirmer avec suffisamment de certitude la maladie ou le trouble à l'origine des symptômes qu'une patiente ou un patient présente, la professionnelle ou le professionnel de la santé amené à communiquer un diagnostic à cette personne en sachant

[10] Disposition 27(2) 1 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

qu'elle s'y fiera doit réfléchir aux résultats de l'évaluation de son état et tirer sa propre conclusion sur la base du savoir et de la science de sa profession.

Résultat des consultations

Seuls les membres de sept des 23 professions de la santé réglementées ont le droit d'exécuter l'acte autorisé qu'est la communication d'un diagnostic (à savoir les médecins, podologues, chiropraticiennes et chiropraticiens, dentistes, optométristes, psychologues et personnel infirmier titulaire d'un certificat d'inscription supérieur). En principe, les médecins jouissent de pouvoirs illimités en matière de diagnostics, tandis que les psychologues, pour ne citer qu'un exemple, sont soumis à des limitations ou restrictions quant aux maladies ou troubles dont il leur est possible de communiquer le diagnostic; les psychologues peuvent uniquement communiquer à une personne un diagnostic attribuant ses symptômes à un trouble neuropsychologique ou encore à un trouble psychotique, un trouble névrotique ou un trouble de la personnalité d'origine psychologique. Plusieurs personnes ont demandé dans leurs observations que les membres de leurs professions respectives soient autorisés à communiquer un diagnostic.

Il ressort de bon nombre d'observations qu'il n'est pas clair aux yeux de toutes les personnes concernées en quoi consiste au juste l'acte autorisé que constitue la communication d'un diagnostic. L'association des podiatres de l'Ontario (Ontario Podiatric Medical Association) a par exemple posé la question de savoir quelle était la différence entre un diagnostic et une évaluation. L'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario pour sa part a fait remarquer qu'il n'est pas toujours facile d'établir si l'information donnée à quelqu'un consiste à lui communiquer une maladie ou un trouble et que la confusion naît parfois du fait que la terminologie propre à une profession utilisée pour une communication quelconque est interprétée différemment dans le contexte d'une autre profession.

Selon l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario, la notion de « diagnostic » est probablement l'un des éléments les moins clairs de tout le système d'actes autorisés. La société des ergothérapeutes de l'Ontario (Ontario Society of Occupational Therapists), elle, estime que malgré les lignes directrices que l'ordre régissant sa profession a distribuées à ses membres, l'interprétation de cet acte continue de déconcerter les ergothérapeutes et de les limiter dans l'exercice de leur profession.

Plusieurs observations ont aussi évoqué le fait qu'il est difficile d'obtenir un consentement éclairé sans communication d'un diagnostic. L'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario en particulier a mentionné que c'est là un problème auquel se heurtent les membres des professions qui n'ont pas le droit de communiquer un diagnostic au moment d'essayer d'obtenir le consentement éclairé d'une patiente ou d'un patient au traitement qui lui est proposé.

Ce qui se fait ailleurs

En Colombie-Britannique, la loi sur les professions de la santé énumère une série d'actes qualifiés de « reserved acts » similaires à nos actes autorisés. Dans cette province, l'acte autorisé consiste toutefois non pas à communiquer un diagnostic, mais à le poser.

En Alberta, la loi sur les professions de la santé (*Health Professions Act*) comporte une liste d'activités restreintes, encore une fois similaires à nos actes autorisés, mais on n'y retrouve ni la communication ni la pose d'un diagnostic. Le gouvernement albertain a en effet décidé

qu'imposer des restrictions à l'égard des diagnostics n'offrirait guère plus de protection que les restrictions d'origine législative concernant l'exécution des autres activités. Le groupe de travail qu'il avait chargé de se pencher sur cette question a estimé qu'il était impossible d'arriver à une définition sans équivoque qui puisse s'appliquer à toutes les professions de la santé. Il a conclu l'exécution de chacune des activités dont la restriction était prévue faisait déjà implicitement entrer en jeu la notion de diagnostic et qu'en conséquence, il était inutile d'en traiter séparément. Le groupe de travail a par ailleurs ajouté qu'une éventuelle restriction des droits relatifs aux diagnostics entraînerait a fortiori la réglementation de la quasi totalité des professions de la santé.

Analyse du Conseil consultatif

Lors des discussions du Comité permanent des affaires sociales[11], l'avocate du ministère de la Santé de l'époque avait expliqué la décision du Comité de révision des lois régissant les professions de la santé d'employer l'expression « communication d'un diagnostic » plutôt que de parler comme en Colombie-Britannique de la pose d'un diagnostic. Les membres du comité avaient selon elle examiné les risques que les actes faisant entrer en jeu un diagnostic présentent du point de vue des professionnels concernés. La plupart des membres des professions de la santé associe en premier lieu à la notion de diagnostic le processus de collecte d'information et le recours à des tests ou autres procédures de diagnostic, et en second lieu, le processus cognitif suivant lequel l'information recueillie est organisée et analysée, pour en tirer une conclusion qui est ensuite communiquée à la patiente ou au patient.

Le Comité de révision était d'avis que la première étape du processus, à savoir la collecte d'information, notamment au moyen de tests de diagnostic, dont certains peuvent être risqués, était probablement couverte par le reste des actes autorisés ou par une autre texte législatif. Il a conclu qu'il était, selon ses mots, malavisé et ridicule de tenter une quelconque réglementation du processus de réflexion d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé, celle-ci étant tout bonnement impossible. C'est pourquoi il a retenu comme acte autorisé la communication du fruit de tous ces efforts, autrement dit le fait de dire à une patiente ou un patient quelle maladie ou trouble affecte sa santé.[12] Le Conseil consultatif pour sa part a déjà noté un peu plus haut que la communication d'un diagnostic requiert des connaissances et des compétences particulières.

Les discussions du Comité permanent ont aussi contribué à établir la distinction entre « diagnostic » et « évaluation ». L'avocate du ministère a expliqué que le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé avait utilisé le mot « évaluation » pour désigner une activité à laquelle peut s'adonner toute personne qui est membre d'une profession de la santé réglementée. Étant entendu qu'il ne s'agissait pas de la même chose qu'un diagnostic, il avait été décidé d'inclure le mot « évaluation » dans l'énoncé du champ d'application de la plupart des professions réglementées, sous réserve d'une définition correspondante.

L'intention du Comité de révision, en incluant le mot « évaluation » et une définition correspondante dans les lois individuelles régissant les professions de la santé, était de confirmer que les membres d'une profession qui n'a pas le droit d'exécuter l'acte autorisé qu'est la

[11] Le Comité permanent des affaires sociales (un comité de l'Assemblée législative) a tenu des audiences publiques concernant les projets de loi qui devaient donner naissance à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et aux lois régissant chacune des professions visées par celle-ci.
[12] Journal des débats, 7 août 1991, S-278.

communication d'un diagnostic peuvent tout de même évaluer l'état d'une patiente ou d'un patient et lui faire part des résultats de cette évaluation.

Pour le Conseil consultatif, ce qui se dégage clairement de cette discussion, c'est qu'aussi longtemps que les textes législatifs n'accorderont qu'aux membres de certaines professions de la santé le droit de communiquer un diagnostic, n'importe qui d'autre peut procéder à l'évaluation de l'état d'une patiente ou d'un patient et lui en communiquer les résultats.

En ce qui a trait au problème de l'obtention d'un consentement éclairé, le Conseil consultatif estime que bien souvent, une patiente ou un patient accepte de suivre un traitement sur la foi des conclusions tirées d'une évaluation de ses symptômes, sans éprouver nécessairement le besoin de connaître le nom de la maladie ou du trouble qui en est la cause. Il est possible de donner bien des renseignements à une patiente ou un patient à l'issue d'une évaluation de son état, y compris une explication quant à ce qui cause ses symptômes, sans nommer une maladie ou un trouble particuliers.

Advenant qu'il soit nécessaire de nommer la maladie ou le trouble dont une personne est atteinte (autrement dit, de poser un diagnostic) pour obtenir son consentement éclairé à un traitement, la meilleure chose à faire serait sans doute de lui organiser une consultation avec une professionnelle ou un professionnel de la santé qui a le droit de lui communiquer le diagnostic en question. Au-delà, si le défaut de pouvoir communiquer un diagnostic entrave sérieusement la prestation de soins de qualité par les membres d'une profession donnée, l'ordre qui la régit aurait intérêt à demander officiellement que son champ d'application soit élargi de sorte à y inclure cet acte autorisé.

Finalement, le Conseil consultatif est d'accord avec le raisonnement sur lequel le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé s'est basé pour retenir comme acte autorisé la « communication d'un diagnostic » et ne juge pas nécessaire de le remplacer par la « pose d'un diagnostic ».

Trouble par rapport à dysfonctionnement

L'énoncé du champ d'application de neuf des professions de la santé réglementées font mention de la prévention, du diagnostic ou du traitement d'une maladie, d'un trouble ou d'un dysfonctionnement, selon le cas.

Résultat des consultations

L'un des ordres ayant participé aux consultations a soutenu dans ses observations qu'il n'était pas claire quelle différence il pouvait y avoir entre un « trouble » et un « dysfonctionnement ».

Analyse du Conseil consultatif

Lors de la réunion du comité du Conseil des ministres chargé d'examiner la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, l'avocate du ministère avait fait savoir que le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé n'avait pas recommandé de définir en quoi consiste un trouble ou un dysfonctionnement. [13]

[13] Journal des débats. 6 août 1991, S-257.

Le Conseil consultatif tient à signaler que l'éventuelle définition de ces deux termes avait été envisagée, mais rejetée, avant la proclamation de la *Loi*. Il doute de la nécessité d'arrêter des définitions communes à l'ensemble des professions, et donc forcément générales et vagues, plutôt que de laisser aux ordres le soin de définir ces termes dans le contexte de la profession ou des professions qu'ils régissent. Clarifier ces termes profession par profession permet de tenir compte de leurs différentes cultures et terminologies.

Un ordre peut toujours clarifier les choses davantage pour ses membres en leur fournissant des définitions relatives aux troubles ou dysfonctionnements spécifiques dont traite leur profession; il peut aussi leur préciser la différence entre ces derniers et divers signes et symptômes. Le Conseil consultatif ne pense pas que ses consultations aient dégagé une preuve suffisante de la nécessité de définir ces termes par voie législative. Il estime de surcroît que l'existence de définitions communes à l'ensemble des professions ne présenterait aucun avantage précis pour les patients ni le public en général.

Médicament par rapport à substance

Résultat des consultations

Aux dires de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario, le sens de certains termes employés dans l'énoncé des actes autorisés sans qu'ils soient définis par ailleurs prête à confusion. Selon lui, des problèmes surviennent à l'occasion lorsque différents ordres et organismes ne donnent pas la même interprétation à ces termes. L'ordre affirme que cette absence de clarté diminue l'efficacité du système d'actes autorisés pour ce qui est d'assurer la protection du public.

Du point de l'ordre, l'un des principaux éléments qu'il conviendrait de clarifier est la différence entre des « médicaments » et des « substances ». L'ordre fait remarquer qu'à la disposition 27(2) 8 de la *Loi*, « médicaments » s'entend au sens de la définition qu'en donne la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*. Toutefois rien à la disposition 27(2) 5 de la *Loi* ne précise ce qu'il faut entendre par « substance ». À en croire l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario, plusieurs ordres auraient adopté la position que médicaments et substances sont essentiellement interchangeables, tandis que d'autres laissent entendre que le terme « substance » recouvre un nombre bien supérieur de produits que le terme « médicament ». Un problème auquel l'Ordre des physiothérapeutes se heurte à cet égard concerne l'administration d'oxygène. Les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario ont également soulevé la question de savoir si par « substance » il ne fallait entendre que médicaments ou s'il fallait lui donner un sens plus large.

Analyse du Conseil consultatif

Le 5^{e} acte autorisé prévu par la *Loi* est « l'administration de substances par voie d'injection ou d'inhalation ». De l'avis des avocats que le Conseil consultatif a consultés, « substance » est un terme au sens large qu'un tribunal interpréterait dans son acception première et ordinaire. Autrement dit, « substance » désigne des « médicaments », mais aussi d'autres produits tels que des solutions salines, le glucose et des gaz tels que l'oxygène. Le Conseil consultatif ne juge pas nécessaire de clarifier cet acte autorisé davantage. Il est clair que les membres des professions de la santé qui ont le droit d'exécuter l'acte autorisé qu'est l'administration d'une substance par injection ou inhalation peuvent administrer à une patiente ou un patient aussi bien un médicament qu'un autre produit.

Prescription par rapport à administration

Résultat des consultations

L'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario a aussi parlé du fait que certains ordres estiment que « prescrire » et « administrer » sont pour ainsi dire interchangeables, alors que d'autres y voient deux activités bien distinctes. Encore une fois, dans son cas, le problème que cette situation pose a trait à l'oxygène, et plus particulièrement à la question de savoir si le fait de changer le débit de l'oxygène fournie à quelqu'un constitue une modification de la prescription ou de l'administration du gaz en question. Les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario ont également demandé à savoir si « administrer » signifiait ou non la même chose que « prescrire ».

Analyse du Conseil consultatif

La *Loi* ne définit ni « prescrire », ni « administrer ». Il semblerait que le comité du Conseil des ministres qui avait été chargé d'examiner la *Loi* n'ait pas discuté de ces termes. En Colombie-Britannique, « prescrire » est défini en rapport avec l'acte réservé, pour reprendre l'expression en usage dans cette province, qu'est [traduction] « la prescription, la composition, la délivrance ou l'administration de quelque manière que ce soit d'un médicament ». La définition qui en est donnée est « établir une ordonnance pour un médicament ». Des définitions similaires sont utilisées dans cette province en rapport avec les actes réservés que sont [traduction] « la prescription d'appareils de correction visuelle ou auditive ou encore de prothèses, d'appareillages ou de dispositifs dentaires » et « l'ordonnance de la fabrication ou de la modification d'appareils de correction visuelle ou auditive ou encore de prothèses, d'appareillages ou de dispositifs dentaires ».

Le Conseil consultatif est d'avis que ces définitions n'ajoutent pas grand chose à ce qui figure déjà dans la *Loi* ontarienne. La loi en vigueur en Alberta ne définit ni « prescrire », ni « administrer » et celle en vigueur en Colombie-Britannique ne va pas jusqu'à définir « administrer ».

Selon le Conseil consultatif, il est évident que « prescrire » et « administrer » sont deux choses différentes. Prescrire signifie déterminer ce dont une personne a besoin, qu'il s'agisse par exemple d'un médicament ou de lunettes d'une certaine puissance, puis établir l'ordonnance nécessaire pour qu'elle puisse l'obtenir. Administrer quelque chose n'implique aucunement de déterminer de quoi une personne a besoin, mais de lui procurer ce dont il a déjà été décidé.

Richard Steinecke, auteur du guide sur la *Loi* intitulé *A Complete Guide to the RHPA*, cite plusieurs instances judiciaires à l'occasion desquelles les tribunaux ont confirmé qu'en cas d'ambiguïté quant au sens d'un terme, le sens qui l'emporte est celui que lui donne la profession de la santé concernée.[14] Il s'ensuit que les verbes « prescrire » et « administrer » véhiculent le sens que leur donnent les professions de la santé auxquelles s'appliquent des actes autorisés consistant à prescrire ou à administrer quoi que ce soit.

Le Conseil consultatif est arrivé à la conclusion qu'il n'était pas nécessaire de définir ces termes pour assurer la protection du public. Les ordres peuvent très bien fournir des lignes directrices à

[14] Steinecke, *A Complete Guide to the RHPA*, p. 11-3.

leurs membres quant à la manière d'interpréter ces termes dans le contexte de leurs professions respectives. En cas de désaccord entre les membres d'une même ou de plusieurs professions concernant le sens d'un terme, les mécanismes existants devraient suffire à régler leur différend.

Prescription d'appareils de correction auditive

Résultat des consultations

Quelques-unes des observations soumises au Conseil consultatif citent le 10e acte autorisé, « la prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes » comme étant particulièrement problématique. La question qui revient à cet égard est celle de savoir « En quoi consiste la prescription d'un appareil de correction auditive? »

Analyse du Conseil consultatif

Les différentes modalités de prescription d'un appareil de correction auditive ont fait l'objet d'une discussion lors des audiences du Comité permanent des affaires sociales. Les médecins sont libres de décider combien précise sera leur prescription et s'il y a lieu de procéder au préalable à d'autres tests. Autrement dit, la prescription d'un appareil de correction auditive est parfois très générale. La personne malentendante pourrait dans ce cas :

- soit présenter la prescription générale délivrée par son médecin à un fournisseur d'appareils de correction auditive, qui lui ferait passer un test auditif avant de lui délivrer l'appareil approprié,
- soit consulter une audiologiste ou un audiologiste, mieux qualifié pour mesurer son acuité auditive et donc à même de lui fournir une prescription bien plus détaillée que son médecin.[15]

Il ressort des discussions du Comité permanent que l'intention au départ était que les dispositions législatives seraient assez souples pour permettre la délivrance d'une prescription générale ou précise. En conséquence, le Conseil consultatif ne juge pas nécessaire de clarifier cet acte autorisé davantage. Aucune preuve ne lui a été présentée à l'effet que le public subit un quelconque préjudice à cause de l'énoncé actuel de l'acte autorisé relatif à la prescription d'un appareil de correction auditive. S'il s'avérait que le public devait subir un préjudice à cause de la souplesse inhérente à cet énoncé, le Conseil consultatif pourrait revenir sur sa position.

L'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario a distribué à ses membres des lignes directrices relatives à la prescription d'appareils de correction auditive. Il a noté dans ses observations que ses lignes directrices ne sont pas nécessairement identiques à celles émises par d'autres ordres, les professions non réglementées ou les programmes de financement du ministère. Le Conseil consultatif a néanmoins conclu qu'il n'était pas nécessaire de régler ces incohérences au moyen d'une modification de la *Loi* visant à clarifier le sens de « la prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes ». Il estime préférable que cette question soit réglée entre l'ordre et les responsables des programmes pertinents du ministère.

À la base, un acte autorisé est une intervention qui, si elle n'est pas exécutée par une personne compétente, présente un risque important de préjudice ou de lésion. Essentiellement, ce dont le Conseil consultatif a dû décider est la question de savoir si le fait de prescrire un appareil de

[15] Journal des débats, 6 août 1991, S-255.

correction auditive comporte un risque de préjudice ou de lésion assez important pour justifier sa qualité d'acte autorisé. S'il n'implique rien d'autre que la décision de renvoyer une personne malentendante vers quelqu'un, membre d'une profession de la santé réglementée ou non, qui soit capable lui faire passer un test auditif et d'établir les spécifications de l'appareil de correction auditive répondant à ses besoins, le risque de lésion ne semblerait pas justifier que cet acte soit un acte autorisé.

S'il s'agit toutefois de tenir compte du risque éventuel associé au choix du type d'appareil de correction auditive délivré à une personne malentendante, cette activité est présentement exclue du système d'actes autorisés. Généralement, ce choix est effectué par les fournisseurs d'appareils de correction auditive, dont la profession n'est pas réglementée. Décider ce qui devrait ou non constituer un acte autorisé dépasse la portée de la présente étude. Une telle décision nécessiterait une analyse plus détaillée de l'intervention en question.

Recommandation du Conseil consultatif

3. **Que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée soumette au Conseil consultatif la question de savoir si, considérant la preuve relative au risque, le simple fait de déterminer qu'une personne malentendante a besoin d'un appareil de correction auditive devrait constituer un acte autorisé ou si l'acte autorisé devrait plutôt être le fait d'établir les spécifications de l'appareil de correction auditive répondant à ses besoins, d'après un test auditif et une évaluation des caractéristiques physiques de son oreille.**

4. Exception relative aux activités de la vie quotidienne

Le paragraphe 29(1) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* énumère une série d'exceptions à l'application du système d'actes autorisés. L'une de ces exceptions concerne l'aide apportée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne par quelqu'un qui n'est pas membre d'une profession de la santé réglementée. En effet, dans ce contexte, n'importe qui peut accomplir les actes autorisés que sont l'administration de substances par voie d'injection ou d'inhalation, de même que l'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt au-delà du conduit auditif externe, du point de rétrécissement normal des fosses nasales, du larynx, du méat urinaire, des grandes lèvres ou de la marge de l'anus, ou encore dans une ouverture artificielle dans le corps.[16]

Le type d'aide pouvant être apportée à une personne dans ses activités de la vie quotidienne qui implique l'exécution de ces actes autorisés est par exemple l'administration intradermique d'insuline, l'installation et le retrait d'un cathéter à demeure ou l'aspiration endotrachéale.

Résultat des consultations

L'exception relative à la prestation d'une aide à une personne dans ses activités de la vie quotidienne est abordée dans les observations d'une vingtaine de groupes de défense des personnes handicapées, de deux associations d'infirmières et d'infirmiers, de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, de Cheshire Homes of London Inc. et de l'Association ontarienne de soutien communautaire, un organisme qui offre des services d'auxiliaires.

[16] Alinéa 29(1) e) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Les groupes de défense des consommateurs et les particuliers sont farouchement attachés à l'exception relative à la prestation d'une aide à une personne dans ses activités de la vie quotidienne. À leurs yeux, elle est indispensable si l'on veut que les personnes qui utilisent des services d'auxiliaires puissent continuer à vivre de façon autonome dans leur collectivité, choisir librement leurs auxiliaires et garder le contrôle sur la qualité des soins qu'elles reçoivent. La crainte est que sans cette exception, ces personnes seraient condamnées à une vie de dépendance et de contraintes, assortie d'un risque accru de détérioration de leur santé physique et mentale.

Ces groupes et particuliers estiment que la qualité des soins en matière d'aide dans les activités de la vie quotidienne est présentement assurée parce que les personnes qui utilisent des services d'auxiliaires peuvent choisir l'auxiliaire qui leur convient et lui dire quoi faire. Les groupes ont dit que les auxiliaires qui suivent les lignes directrices établies par leurs ordres lors de la prestation d'une telle aide plutôt que de s'adapter aux besoins spécifiques et aux préférences de leurs clientes ou clients compromettent la qualité des soins offerts à ces derniers.

Ils ont par ailleurs souligné que ce sont les personnes utilisant les services d'auxiliaires qui connaissent leurs besoins mieux que quiconque, apprennent à leurs auxiliaires comment les satisfaire, leur disent quoi faire et en assument la responsabilité, sans oublier que c'est à elles que les auxiliaires doivent répondre de leurs actions. Les mécanismes de supervision et d'assurance de la qualité susceptibles de minimiser les risques associés aux services d'auxiliaires n'ont rien à voir avec « la responsabilité, les normes et les qualifications professionnelles », mais sont entièrement une question de règles inhérentes à la relation entre l'auxiliaire et sa cliente ou son client.[17]

Trois des 20 groupes de défense des consommateurs ont aussi déploré l'absence de lignes directrices bien claires établissant dans quelles circonstances des actes autorisés peuvent en toute sécurité être considérés des activités de la vie quotidienne. Ils ont recommandé l'adoption de telles lignes directrices, en insistant sur l'importance d'y inclure des énoncés confirmant le droit des personnes ayant besoin de services d'auxiliaires de décider de la nature et de l'exécution de leurs activités de la vie quotidienne et donc de maintenir une vie autonome.

Les groupes de défense des consommateurs perçoivent une éventuelle multiplication des interventions des professionnels de la santé comme une menace pour l'autonomie des personnes handicapées. Ils s'inquiètent aussi que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et d'autres ordres régissant les professions de la santé se voient conférer des pouvoirs trop étendus pour ce qui est de diriger et de superviser la prestation d'une aide à une personne dans ses activités de la vie quotidienne, y compris celui de décider à qui parmi les personnes qui utilisent des services d'auxiliaires s'applique l'exception relative à l'exécution d'actes autorisés. Par ailleurs, ils ont parlé de la hausse des coûts en argent et autres ressources qu'entraînerait l'élimination de cette exception.

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario comme les associations professionnelles représentant ses membres ont noté que l'exception visait les personnes ayant un handicap permanent qui vivent de façon autonome, mais qui pour ce faire, ont besoin d'une aide quotidienne pour leurs soins de la personne. Leur crainte est que l'exception soit utilisée à mauvais escient comme solution la moins coûteuse pour assurer des soins à un nombre croissant

[17] Observations du Centre for Independent Living de Toronto.

de personnes aux besoins très variés. Les associations déplorent aussi le fait que l'on voit de plus en plus de personnes n'appartenant à aucune profession réglementée fournir des soins « infirmiers » sans posséder les connaissances, les habiletés ni le discernement nécessaires à l'évaluation de l'état de leurs clientes ou clients. L'Association ontarienne de soutien communautaire s'interroge aussi sur la tendance à la prestation de soins infirmiers par des personnes qui ne sont pas membres d'une profession réglementée.

La recommandation de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario est de nuancer l'exception relative aux activités de la vie quotidienne à l'égard des prestatrices et prestateurs non réglementés en modifiant les dispositions de la *Loi* relatives aux actes autorisés et au risque de lésion. L'Ordre propose que l'exception ne s'applique que dans les situations où soit la cliente ou le client bénéficiant des soins, soit la personne lui servant de mandataire spécial, est capable de comprendre ces soins, d'y contribuer et d'en surveiller l'exécution, autrement dit de diriger les actions de l'auxiliaire qui les assure. L'Ordre a suggéré en particulier ceci :

- qu'une prestatrice ou un prestateur non réglementé ne puisse bénéficier de l'exception aux restrictions touchant les actes autorisés pour ce qui est de l'aide apportée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne qu'à la seule condition qu'une professionnelle ou un professionnel de la santé réglementé l'ait formé à l'exécution de l'acte en question;
- que son exécution de l'acte soit limitée à des clientes ou clients particuliers;
- que des mécanismes précis soient prévus pour sa supervision par une professionnelle ou un professionnel de la santé réglementé;
- que des mécanismes précis soient prévus pour la surveillance adéquate de l'état de santé de ses clientes et clients par une professionnelle ou un professionnel de la santé réglementé.

L'association ontarienne des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (Registered Practical Nurses Association of Ontario) a fait remarquer que l'expression « activités de la vie quotidienne » n'est pas définie dans la *Loi*. L'exception a pour effet de permettre à des prestatrices et prestateurs de soins de santé non réglementés d'exécuter les actes autorisés en question sans formation appropriée ni supervision directe ou indirecte. Selon cette association, cette situation est inacceptable car elle expose le public, et en particulier les personnes vulnérables, au risque de lésions et de préjudices graves.[18]

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a recommandé un resserrement des critères d'application de l'exception relative aux activités de la vie quotidienne.

Plusieurs groupes de défense des consommateurs ont répondu aux observations de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Leur réponse a été que la teneur des recommandations de l'Ordre représente une menace pour l'autonomie des personnes handicapées.

Les observations soumises au Conseil consultatif ne renfermaient aucune preuve spécifique que l'application de l'exception relative aux activités de la vie quotidienne entraîne des lésions ou des préjudices ou qu'elle nuit à la qualité des soins.

[18] Observations de la Registered Practical Nurses Association of Ontario.

Analyse du Conseil consultatif

Sur la scène internationale, nationale et locale, la communauté des adultes ayant un handicap physique a lutté pour que ses membres puissent vivre non pas en établissement, mais de façon autonome dans la collectivité, et ne soient plus considérés comme des « patients » au sein du système de santé. En Ontario, cette même communauté s'est battue amèrement pour obtenir l'inclusion dans la *Loi* de l'exception relative aux activités de la vie quotidienne.

L'exception aux restrictions touchant les actes autorisés pour ce qui est de l'aide apportée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne est conforme aux objectifs de la *Loi* en matière de souplesse, de qualité des soins et de protection contre les préjudices et les lésions. Comme nous le disions un peu plus haut, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario craint que cette exception ne soit appliquée de façon trop générale et que des prestatrices ou prestateurs non réglementés ne s'occupent de personnes qui ne sont pas capables de diriger leurs actions. L'Ordre soutient qu'en l'occurrence, le principe de souplesse nuit à la qualité des soins.

Le Conseil consultatif estime qu'il est important de prévoir une certaine souplesse dans l'application de la *Loi*, mais pas au détriment de la qualité des soins ni de la protection contre les préjudices et les lésions. Ceci étant dit, il s'agit de prendre garde à ne pas trop restreindre l'application de l'exception et ainsi perdre la souplesse indispensable pour que les personnes concernées puissent trouver une réponse satisfaisante à leurs besoins.

Cette exception affecte les adultes ayant un handicap physique, en leur qualité de consommatrices et consommateurs de soins de santé. Ceux et celles qui utilisent des services d'auxiliaires à domicile, dans des logements avec services de soutien, voire dans certains établissements, « dirigent » souvent leurs soins de la personne. Aucune loi ne définit ce qu'il faut entendre dans ce contexte par « diriger », mais en général cela signifie que la personne handicapée dit à son auxiliaire de quoi elle a besoin, quand le faire et comment. Il arrive toutefois aussi que des auxiliaires s'occupent de personnes handicapées qui ne peuvent pas diriger les soins qui leur sont fournis parce qu'elles sont incapables de communiquer leurs instructions ou qu'elles ne possèdent pas les facultés mentales pour le faire.

L'exception permet aux auxiliaires d'assumer l'exécution de certains actes autorisés sans qu'une infirmière ou un infirmier ni quelque autre membre d'une profession de la santé réglementée ne la leur ait déléguée. Rien ne dit qu'une infirmière ni aucune autre personne membre d'une profession de la santé réglementée ne doit former ou superviser les auxiliaires dans l'exécution de ces actes. Concrètement, cette supervision est assurée par la personne qui bénéficie des services de l'auxiliaire ou par l'organisme qui l'emploie.

Le Conseil consultatif note que cette exception ne s'applique pas uniquement dans les situations où la personne qui bénéficie des soins en dirige aussi l'exécution. Il arrive que des prestatrices ou prestateurs de soins de santé l'utilisent pour exécuter des actes autorisés à l'égard de personnes qui ne dirigent pas leurs propres soins, aussi bien dans la collectivité qu'en établissement. Ces soins ne font pas nécessairement l'objet de la supervision ni même des conseils d'infirmières ou de membres d'une autre profession de la santé réglementée. Les personnes ayant besoin de soins qui impliquent l'exécution d'un acte autorisé auquel s'applique l'exception se voient rarement

offrir le choix entre leur prestation par une quelqu'un qui n'est pas membre d'une profession de la santé réglementée et quelqu'un qui l'est.

Enfin, le Conseil consultatif a tenu compte de la responsabilité des établissements ou organismes qui emploient les personnes assurant l'aide à laquelle s'applique l'exception envers les clientes et clients qui en bénéficient concernant la qualité des soins. Il ne faudrait pas sacrifier la souplesse incorporée à la *Loi* pour pallier le fait que ces employeurs n'ont pas adopté de normes relatives à la prestation des soins. Bon nombre de ces employeurs sont toutefois financés par le ministère de la Santé et des soins de longue durée et par le ministère des Services sociaux et communautaires et sont donc soumis aux normes de qualité des services établies par ces derniers. Une multiplication des normes et la surveillance des résultats permettrait de garantir à la fois l'application appropriée de l'exception et la qualité des soins. Le Conseil consultatif admet que la prestation de soins à des personnes vulnérables dans des endroits privés ou des établissements qui ne sont soumis à aucune réglementation, tels que les maisons de repos ou de retraite, pose toujours un problème.

Le Conseil consultatif estime qu'éliminer l'exception aurait pour effet de modifier radicalement les pratiques actuelles. En effet, les infirmières et infirmiers seraient amenés à jouer un plus grand rôle dans l'exécution ou la délégation de l'exécution d'actes autorisés dans le cadre de l'aide prêtée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne. Les infirmières et infirmiers joueraient aussi un rôle plus décisif dans l'évaluation de l'état des personnes bénéficiant de soins de la personne et la supervision de ces soins. L'élimination de l'exception relative à la prestation d'une aide à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne se traduirait par une réduction de la souplesse du système et une hausse des coûts. Elle augmenterait par ailleurs la demande en soins infirmiers alors qu'il existe déjà une pénurie d'infirmières et d'infirmiers.

Une façon de répondre aux préoccupations de la profession infirmière serait sans doute de modifier la *Loi* de telle sorte que l'exception ne soit applicable qu'aux situations dans lesquelles des adultes dirigent leurs propres soins, ce qui par le même coup n'enlèverait rien à l'autonomie de ces derniers. Il serait toutefois difficile de définir clairement ce qu'il faut entendre par « diriger » ses propres soins personnels. D'où la nécessité d'une application plus générale de l'exception aux personnes qui pour le moins la comprennent et y consentent, au-delà de celles qui dirigent leurs propres soins.

Recommandation du Conseil consultatif

4. **Que soit maintenue l'exception aux restrictions touchant les actes autorisés pour ce qui est de l'aide apportée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne, mais que la *Loi* soit modifiée de sorte à préciser que l'exception n'est applicable que sous réserve du consentement éclairé et explicite de la personne bénéficiant de l'aide ou de quiconque est désigné comme mandataire spécial de celle-ci.**

5. Disposition relative au risque de lésion

La disposition relative au risque de lésion vise à couvrir les activités potentiellement dangereuses qui ne sont l'objet d'aucune des restrictions prévues par le système d'actes autorisés. Cette disposition de la *Loi* interdit à quiconque de donner un traitement ou des conseils à une personne

en ce qui concerne sa santé dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir que des **lésions corporelles graves** puissent découler du traitement ou des conseils ou d'une omission dans le traitement ou les conseils [souligné par nous].[19] Selon la *Loi*, cette disposition ne s'applique toutefois pas à :

- un traitement donné par quelqu'un qui agit sous la direction d'une personne membre d'une profession de la santé réglementée ou en collaboration avec elle;
- un acte autorisé exécuté par une personne à qui il a été délégué;
- **des consultations qui portent sur des questions affectives, sociales, éducatives ou spirituelles** [souligné par nous];
- l'administration des premiers soins;
- la satisfaction des exigences prévues pour devenir membre d'une profession de la santé;
- un traitement par des moyens spirituels;
- un traitement donné par quelqu'un à une personne dans son propre ménage;
- la prestation d'une aide à une personne dans ses activités de la vie quotidienne.[20]

Résultat des consultations

Nombreux sont les ordres qui ont recommandé que la disposition de la *Loi* relative au risque de lésion soit modifiée de sorte à ce qu'elle couvre aussi les risques de préjudices affectifs, psychologiques et financiers. Les observations en général reflètent une crainte que sa limitation actuelle aux « lésions corporelles graves » n'en fasse une protection insuffisante contre les préjudices et les lésions. Quelques voix se sont aussi levées pour dire que l'emploi de l'adjectif « grave » ne place la barre trop haut pour que la disposition ait le moindre effet dans la pratique.

Analyse du Conseil consultatif

Rien n'est plus important que de protéger le public contre les préjudices et les lésions. Il s'agit même là de l'objectif primordial à l'origine de la *Loi*. Or, une protection adéquate du public, et donc des personnes qui utilisent les services des professions de la santé, n'est possible que dans la mesure où, d'une part, les dispositions de la *Loi* permettent d'atteindre cet objectif et, d'autre part, les ordres font le nécessaire pour les mettre en pratique. La disposition relative au risque de lésion fait partie de celles qui visent à assurer la protection du public. Il s'agit aussi d'une des rares dispositions de la *Loi* qui s'applique aux membres des professions de la santé non réglementées et aux particuliers comme aux membres d'un ordre qui agissent en-dehors du champ d'application de leur profession.

Une exception prévue par la *Loi* dit que la disposition relative au risque de lésion ne s'applique pas aux consultations qui portent sur des questions affectives, sociales, éducatives ou spirituelles. Le Conseil consultatif s'est laissé convaincre par les arguments présentés dans différentes observations que les consultations portant sur des questions affectives présentent un risque de préjudice et que la disposition relative au risque de lésion devrait donc s'y appliquer. Cette recommandation lui semble particulièrement pertinente vu le vaste nombre de personnes n'appartenant à aucune profession de la santé réglementée qui prodiguent ce type de conseils.

[19] Paragraphe 30(1) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.
[20] Paragraphes 30(2) à (5) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Le Conseil consultatif n'a connaissance d'aucune enquête ni action en justice dans laquelle les ordres se seraient appuyés sur cette disposition. Les ordres n'invoquent pas présentement la disposition relative au risque de lésion par rapport aux prestatrices ou prestateurs non réglementés ni aux membres d'une profession de la santé réglementée qui agissent en-dehors du champ d'application de celle-ci. Selon les ordres, la disposition est trop restrictive et le fardeau de la preuve qui leur incombe est trop lourde. Le Conseil consultatif est d'avis que l'exigence d'établir un risque de lésions corporelles « graves » crée effectivement une norme trop élevée presque impossible à satisfaire et il est de ce fait favorable à ce que le fardeau de la preuve soit allégé.

La disposition relative au risque de lésion serait peut-être d'une plus grande efficacité pour prévenir les préjudices et les lésions si les dispositions de la *Loi* relatives à l'application de celle-ci étaient renforcées. Ce point est repris plus en détail au paragraphe 1(3), page 113, au chapitre 10, Rôles et responsabilités.

Recommandations du Conseil consultatif

5. **Que le paragraphe 30(1) de la *Loi* soit modifié de sorte à y incorporer la mention de préjudices psychologiques.**
6. **Que le paragraphe 30(1) de la *Loi* soit modifié par la suppression de l'adjectif « graves ».**
7. **Que le paragraphe 30(4) de la *Loi* soit modifié de sorte à éliminer l'exemption relative aux consultations portant sur des questions affectives.**

6. Titres réservés

L'existence de titres réservés aux membres des professions de la santé réglementées est un aspect capital du système de réglementation mis en place par la *Loi*. Son but est de permettre au public de faire la distinction entre les membres d'une profession de la santé réglementée et les prestatrices ou prestateurs non réglementés. Elle représente l'un des moyens qui aident à décrire une profession de la santé réglementée. Les autres éléments qui contribuent à la compréhension du public sont :

- les champs d'application qui délimitent ce qui est du ressort des membres d'une profession;
- les actes autorisés, autrement dit les actes précis que les membres d'une profession peuvent exécuter;
- la régie autonome de chaque profession par l'intermédiaire d'un ordre.

La plupart des personnes et organismes ayant soumis des observations au Conseil consultatif sont d'avis que les dispositions de la *Loi* relatives aux titres réservés sont inadéquates et les dispositions censées garantir leur application inefficaces. Les paragraphes qui suivent examinent ces dispositions sous plusieurs angles :

- les qualificatifs « inscrit» ou « autorisé » et « réglementé »
- la disposition interdisant la fausse représentation
- l'utilisation de l'appellation « ordre »

Qualificatifs « inscrit » ou « autorisé » et « réglementé »

Résultat des consultations

On lit dans quelques-unes des observations recueillies par le Conseil consultatif qu'il arrive qu'une professionnelle ou un professionnel de la santé non réglementé s'arroge le qualificatif « inscrit » ou « autorisé » sans être membre d'un ordre. L'Ordre des diététistes de l'Ontario estime que cette pratique induit le public en erreur, en ce sens qu'elle implique l'inscription à un organe de réglementation légalement reconnu. L'Ordre fait remarquer que le gouvernement de l'Alberta a remédié à ce problème dans sa loi régissant les professions de la santé, le *Health Professions Act* en interdisant à quiconque n'est pas membre d'une profession de la santé réglementée d'utiliser les qualificatifs « inscrit », « autorisé » ou « réglementé ». En Alberta, la loi dit ceci :

> [traduction] Nul groupe ni particulier n'utilise les qualificatifs « inscrit », « autorisé » ou « réglementé » ou leurs dérivés, pas plus que l'expression « professionnel de la santé réglementé », isolément ou en association avec d'autres termes, d'une façon qui affirme ou qui sous-entend l'appartenance à une profession de la santé réglementée, sauf si l'une des deux conditions suivantes est remplie :
>
> a) le groupe se compose de membres d'une profession de la santé réglementée ou le particulier soit membre d'une telle profession,
>
> b) soit le groupe se compose de personnes autorisées à utiliser les qualificatifs « inscrit », « autorisé » ou « réglementé » ou leurs dérivés, ou encore l'expression « professionnel de la santé réglementé », en rapport avec le service de santé en vertu d'une loi, soit le particulier est une telle personne. [21]

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif est conscient des dispositions de la loi albertaine traitant des qualificatifs « inscrit », « autorisé » ou « réglementé ». Le Conseil consultatif a également noté les titres réservés que le British-Columbia Health Professions Council a recommandé pour certaines professions. À l'issue de son étude de la profession de physiothérapie, le conseil de Colombie-Britannique a recommandé que les titres de « physiotherapist » et « physical therapist », tous deux traduits par « physiothérapeute » en français, soient réservés aux membres de l'ordre des physiothérapeutes de la province. Il a aussi mentionné que le qualificatif « inscrit » n'avait pas été retenu pour les membres des ordres régissant les professions de la santé soumises au *Health Professions Act* parce que le système de réglementation mis en place par celle-ci n'est pas un système basé sur des « inscriptions ».

Le conseil de Colombie-Britannique a indiqué par ailleurs qu'il fut un temps où certains titres descriptifs, tels que « physical therapist » étaient exclusivement réservés aux membres de l'ordre compétent, de sorte que l'ajout du qualificatif « inscrit » ou « autorisé » était inutile. Toutefois, à l'issue de son étude de la profession de massothérapeute, il a conclu que l'emploi du qualificatif « inscrit » ou « autorisé » pourrait s'avérer utile pour faire la distinction entre les membres de l'ordre des massothérapeutes de la province et des masseuses ou masseurs non réglementés. Le conseil de Colombie-Britannique a enfin suggéré de retenir le qualificatif « autorisée/autorisé »

[21] Paragraphe 128(10) du *Health Professions Act*.

pour les infirmières et infirmiers autorisés, affirmant que l'intérêt public dicte le maintien de désignations acceptées de longue date.

Le Conseil consultatif est favorable à l'idée de faire des qualificatifs « réglementé » et « inscrit » ou « autorisé », « agréé » et « certifié » ou « accrédité » des termes réservés, vu qu'ils peuvent laisser entendre une quelconque réglementation. Il estime cependant indispensable de mener en parallèle une campagne d'information du public. Ces dispositions ne seront efficaces que dans la mesure où le public sera plus familier avec la *Loi* et les titres réservés dans les divers textes législatifs applicables.

Recommandation du Conseil consultatif

8. **Que la *Loi* soit modifiée de sorte à empêcher quiconque n'est pas membre d'une profession de la santé réglementée de s'arroger la qualité de professionnelle ou professionnel « inscrit » ou « autorisé », « réglementé », « agréé » ou « certifié » dans le cadre de la prestation de soins de santé.**

Cette modification ne devrait pas rendre *obligatoire* l'incorporation de ces qualificatifs aux titres réservés de toutes les professions de la santé (p. ex., « médecin autorisé » ou « médecin agréé »), mais plutôt interdire à quiconque d'utiliser les qualificatifs « inscrit » ou « autorisé », « réglementé », « agréé » ou « certifié » dans sa désignation professionnelle, sauf en vertu de son appartenance à une profession soumise à la *Loi* ou d'un autre texte législatif. Il y aurait toutefois lieu d'encourager l'emploi des termes « réglementée » ou « réglementé » afin de sensibiliser le public davantage aux professions de la santé réglementées.

Disposition interdisant la fausse représentation

Les lois sur les différentes professions de la santé visées par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* contiennent des dispositions traitant des titres réservés et de la fausse représentation. Le paragraphe 9(1) de la *Loi de 1991 sur les technologues en radiation médicale* stipule par exemple que nul autre qu'une ou un membre ne doit employer le titre de « technologue en radiation médicale, une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue ». Le paragraphe 9(3) précise que nul autre qu'une ou un membre ne doit se présenter comme une personne ayant qualité pour exercer en Ontario la profession de technologue en radiation médicale, ou une spécialité de la technologie de radiation médicale.

La *Loi de 1991 sur les psychologues* contient une disposition relative au titre réservé que l'on ne retrouve dans aucune autre des lois sur une profession de la santé. En effet, on y lit, au paragraphe 8(3) : « Quiconque n'est pas membre contrevient au paragraphe (2) (déclaration de compétences) s'il emploie le terme 'psychologie' ou 'psychologique', une abréviation ou un équivalent dans une autre langue, dans tout titre ou désignation ou dans toute description des services qu'il offre ou fournit.

Résultat des consultations

Les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario ont remarqué dans leurs observations que [traduction] « dans l'ensemble, ni la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ni les lois sur une profession de la santé n'empêchent les membres d'une profession non réglementée de décrire leurs activités à l'aide de mots très similaires aux titres

réservés des membres des professions de la santé réglementées ». Les Ordres font remarquer que [traduction] « seule une personne membre de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario peut se qualifier de 'physiothérapeute', mais n'importe qui peut prétendre offrir des services de physiothérapie ». Et d'ajouter : « cette situation est parfois source de malentendus dans la mesure où quelqu'un peut être amené à croire, à tort, que sa physiothérapie lui est fournie par une professionnelle ou un professionnel réglementé », ce qui devient problématique si cette personne veut porter plainte contre la professionnelle ou le professionnel en question.

Les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario recommandent de faire en sorte que dans chacune des lois sur une profession de la santé, les dispositions qui restreignent l'emploi des titres réservés fassent mention non seulement de l'appartenance à la profession, mais aussi de *l'exercice* de la profession. Ils recommandent de plus qu'il soit interdit aux personnes qui ne sont pas membres d'un ordre de présenter leurs services comme étant ceux d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé réglementé par l'emploi de mots, d'abréviations, de descriptions ou de leurs équivalents dans une autre langue.

D'autres personnes ou organismes recommandent aussi dans leurs observations que la disposition interdisant la fausse représentation soit élargie de sorte à y inclure un renvoi à la description de la discipline pertinente et que cette description soit similaire à celle que l'on trouve dans la *Loi de 1991 sur les psychologues*.

En tout 25 observations, parmi lesquelles celles de dix ordres et de sept associations professionnelles, abordent la disposition interdisant la fausse représentation, voire la description des disciplines. Selon l'Ordre des diététistes de l'Ontario, la disposition interdisant la fausse représentation [traduction] « est inadéquate pour mettre le public à l'abri de la fraude concernant les aptitudes et compétences professionnelles. Elle empêche les non-membres de se présenter comme étant autorisés à exercer la profession de diététiste en Ontario, mais elle ne les empêche en rien de prétendre être qualifiés pour exécuter les mêmes activités en matière de soins nutritionnels que des diététistes ».

L'Ordre suggère de remplacer la disposition de la *Loi de 1991 sur les diététistes* interdisant la fausse représentation par la suivante : « Nul autre qu'un membre ne doit se présenter comme une personne ayant qualité pour offrir des services de diététiste ou exercer la profession de diététiste. »

Dans le même esprit, l'Ordre des podologues de l'Ontario recommande que la disposition en question figurant dans la *Loi de 1991 sur les podologues* soit modifiée de sorte qu'elle fasse référence tant à la qualité professionnelle de podologue ou de podiatre qu'à l'aptitude d'exercer la profession de podologue ou de podiatre et qu'elle interdise l'emploi des expressions « de podologie » ou « de podiatrie » dans toute description de services offerts ou fournis.

L'une des associations de podiatres de la province (Ontario Podiatric Medical Association) rappelle dans ses observations que [traduction] « le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé s'est prononcé contre l'idée de créer des descriptions réservées pour les différentes disciplines, disant que certains des descripteurs que l'on y retrouve sont trop fermement ancrés dans le langage courant et qu'en conséquence, d'une part, pareilles descriptions réservées seraient difficiles à mettre en application et, d'autre part, qu'advenant leur mise en application, elles élargiraient le monopole des professions de la santé réglementées sur la

prestation de certains services au secteur des professions non réglementées et au domaine public ».

L'association a toutefois ajouté que [traduction] « le fait qu'il n'existe pas de description réservée pour chaque discipline expose le public à un risque de lésions et de préjudice injustifié » et que [traduction] « les possibilités de tromper le public sont si réelles et si nombreuses que la situation ne peut plus durer ».

Analyse du Conseil consultatif

Sur le plan juridique, la « fausse représentation » est une fraude. Interdire la fausse représentation équivaut tout simplement à dire que personne n'a le droit de se faire passer pour quelque chose qu'il ou elle n'est pas. Les interdictions prévues dans la *Loi* en matière de fausse représentation portent sur l'appartenance à une profession et les qualités requises pour en être membre.

Lors des audiences du Comité permanent, le président du Comité de révision des lois régissant les professions de la santé, Alan Schwartz, a été invité à donner son avis sur les arguments avancés par plusieurs personnes et organismes concernant les titres réservés. Le Comité avait par exemple entendu dire par un orthophoniste que l'équivalent anglais d'orthophonie, « speech therapy », faisait partie du langage courant et que faute de faire de « speech therapist » un titre réservé, la confusion s'installerait dans l'esprit du public, ce qui serait à bien des égards contraire à l'intention de la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes*[*]. Les psychologues et les physiothérapeutes ont présenté des arguments similaires.

Selon M. Schwartz, si le nombre de titres réservés était plus limité, le public aurait moins de mal à faire le lien entre les membres d'une profession de la santé réglementée et le titre réservé à leur profession; autrement dit, ce serait plus facile de savoir à quoi correspond un titre réservé et qui a le droit de l'utiliser. Il a également soutenu que quantité de gens cherchent à se réserver le droit d'utiliser des termes génériques dans le but de se constituer des monopoles économiques.

Pendant que se déroulaient les audiences du Comité permanent, ce qui était alors le projet de loi 63, *Loi concernant la réglementation de la profession de psychologue* (connu depuis son adoption sous le titre abrégé *Loi de 1991 sur les psychologues*) a fait l'objet de plusieurs amendements. L'un de ces amendements a eu pour effet d'y ajouter le paragraphe suivant :

> (2.1) « Quiconque n'est pas membre contrevient au paragraphe (2) s'il emploie le terme « psychologie » ou « psychologique », une abréviation ou un équivalent dans une autre langue, dans tout titre ou désignation ou dans toute description des services qu'il offre ou fournit ». Selon l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, cet amendement visait à maintenir ce que prévoyait la loi antérieure.

Pour illustrer les répercussions d'éventuelles descriptions réservées, disons par exemple que si la description « services de physiothérapie » était réservée était réservée aux physiothérapeutes,

---

[*] N. du T. : La *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* établit trois titres réservés, y compris leurs éventuelles variantes ou abréviations et leurs équivalents dans une autre langue, à avoir, en anglais, « audiologist », « speech-language pathologist » et « speech therapist » et en français, respectivement, « audiologiste », « orthophoniste » et « logopède ».

aucun kinésithérapeute n'aurait le droit de dire ou de faire savoir par voie de publicité que ses services incluent des services de physiothérapie. Le Conseil consultatif se demande si l'ajout de descriptions réservées des disciplines aux dispositions existantes en matière de titres réservés se traduirait vraiment par un sensible renforcement de la protection du public ou s'il n'y aurait d'autres moyens de parvenir à cette fin.

Le paragraphe 1(2) du chapitre 10, à la page 124, traite de l'information du public. Comme on peut le lire plus en détail dans ce chapitre, le public ne connaît pas bien la teneur de la *Loi* ni le système de réglementation des professions de la santé en place en Ontario. Une façon de renforcer la protection du public serait de mener une campagne de sensibilisation du public aux titres réservés en rappelant quels sont les titres que seuls les membres des professions soumises à la *Loi* ont le droit d'utiliser. Le Conseil consultatif estime qu'il appartient aux professions de la santé réglementées de souligner quels avantages il y a à faire appel aux services de leurs membres plutôt qu'à ceux d'une personne non réglementée. Une autre façon de renforcer cette protection serait de veiller à une meilleure application des dispositions de la *Loi* et des lois sur les différentes professions qu'elle vise.

Le Conseil consultatif est par ailleurs d'avis que d'ajouter aux titres réservés des descriptions réservées pour chaque discipline (p. ex., physiothérapie) aurait essentiellement pour effet d'interdire à certaines personnes de faire la promotion de services qu'elles sont parfaitement en droit de fournir. Pareil changement constituerait dans une large mesure un retour à l'ancien système de monopoles ou de droits exclusifs consacrés dans les champs d'application des professions. Comme l'ont confirmé les observations recueillies lors de ses consultations, le système d'actes autorisés est tout à fait valable et le Conseil consultatif appuie les objectifs de la *Loi* que sont, d'une part, la souplesse en ce qui a trait à qui assure la prestation des soins de santé et, d'autre part, la liberté de choix parmi les prestatrices ou prestateurs de soins de santé. En conséquence, le Conseil consultatif n'estime pas nécessaire de modifier la *Loi* à cet égard.

Utilisation de l'appellation « ordre »

Selon le paragraphe 34(1) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, « Aucune personne morale ne doit se présenter faussement comme un organisme régissant, en vertu d'une autorisation législative, des particuliers qui dispensent des soins médicaux » et le paragraphe 34 (2) ajoute « Aucun particulier ne doit se présenter comme un membre, un employé ou un mandataire d'un organisme qu'il présente faussement comme un organisme régissant, en vertu d'une autorisation législative, des particuliers qui dispensent des soins médicaux, ou qu'il sait être présenté faussement comme tel ».

Analyse du Conseil consultatif

En Alberta, la loi (*Health Professions Act)* contient plusieurs dispositions relatives aux titres réservés. Deux de ces dispositions traitent de l'emploi du terme « ordre » :

[traduction]

- « Nul particulier ni groupe n'utilise le terme ordre, seul ou en association avec d'autres termes, de manière à indiquer ou sous-entendre qu'il est un ordre aux termes de la présente loi à moins d'être effectivement un ordre aux termes de celle-ci. »[22]

[22] Paragraphe 128(2) du *Health Professions Act*.

- « Nul personne morale n'utilise le terme ordre, seul ou en association avec d'autres termes, de manière à indiquer ou sous-entendre qu'elle est un ordre aux termes de la présente loi à moins d'être effectivement un ordre aux termes de celle-ci ou d'être autorisé à utiliser le terme ordre en vertu d'un autre texte législatif. » [23]

Présentement en Ontario, une personne morale a le droit d'utiliser dans son appellation l'équivalent anglais du mot « ordre », autrement dit « college ». Lorsqu'une entité demande à utiliser ce terme, le ministère de l'Éducation consulte le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui y donne généralement son accord, ne serait-ce que parce que rien dans la jurisprudence ni dans aucune loi ne lui confère le droit ou le pouvoir d'en décider autrement.

La *Loi* contient bien une disposition interdisant à une personne morale de « se présenter faussement » comme un organisme régissant une profession de la santé, mais elle ne fait aucune mention de l'utilisation du terme « ordre ». Le Conseil consultatif s'interroge sur l'éventuelle utilisation du terme « ordre » par des organismes qui régissent de leur propre initiative des particuliers dispensant des soins de santé, car cela crée de la confusion et induit le public en erreur. Si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veut pouvoir refuser l'utilisation du mot « ordre », une modification de la *Loi* dans ce sens s'impose.

Recommandation du Conseil consultatif

9. **Que la *Loi* soit modifiée par l'ajout d'une disposition à l'effet que nul particulier, association ni personne morale n'a le droit d'utiliser le terme « ordre », seul ou associé à d'autres termes, de manière à indiquer ou sous-entendre que le particulier, l'association ou la personne morale est un ordre au sens de la *Loi*, à moins d'être effectivement un ordre aux termes de celle-ci ou d'être autorisé à utiliser le terme ordre en vertu d'un autre texte législatif.**

Régime des champs d'application des professions

Tel qu'indiqué plus haut, le Conseil consultatif estime que le régime des champs d'application est tout à fait valable, mais qu'il conviendrait de renforcer les dispositions visant à le faire respecter si l'on veut que le système de réglementation soit véritablement efficace. Ce point est repris plus en détail au paragraphe 1(3), page 113, au chapitre 10, Rôles et responsabilités.

[23] Paragraphe 128(6) du *Health Professions Act*.

Chapitre 5 Direction des professions par les ordres

Le présent chapitre porte sur les rôles et responsabilités des ordres, leur structure et la structure de leurs comités. Deux questions soumises au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le « Conseil consultatif ») par voie ministérielle au nom de particuliers portaient sur la régie autonome des professions. La façon dont cette régie est établie dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (« la *Loi* ») est à la clef d'une autoréglementation efficace et avantageuse des professions de la santé in Ontario. La *Loi* prescrit la structure et la composition des conseils et des comités des ordres, de même que leurs pouvoirs respectifs.

Ce chapitre examine les aspects suivants de la régie autonome des professions :

1. Rôle et responsabilités d'un ordre
2. Structure du conseil d'un ordre
3. Structure des comités d'un ordre
4. Membres du public siégeant au conseil d'un ordre

1. Rôle et responsabilités d'un ordre

La *Loi* précise les objets des ordres régissant les professions de la santé. En voici une partie :

- réglementer l'exercice de la profession et régir l'activité de leurs membres conformément à la *Loi*, ainsi qu'aux règlements et règlements administratifs connexes;
- élaborer et maintenir des normes d'admissibilité à la qualité de membre de l'ordre;
- élaborer et maintenir des programmes et des normes d'exercice pour assurer la qualité des soins fournis par leurs membres;
- élaborer et maintenir des normes de connaissance et de compétence, ainsi que des programmes, pour promouvoir le maintien de la compétence parmi leurs membres;
- élaborer et maintenir des normes de déontologie applicables à leurs membres;
- élaborer et maintenir des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes de la *Loi*.

Ces objets visent sans exception à maintenir, voire améliorer, la qualité des soins fournis par les membres des professions de la santé et à faire en sorte que ces soins produisent les meilleurs résultats possibles sur les personnes auxquelles ils sont prodigués.

Résultat des consultations

Pouvoirs d'un ordre

Les avis sont partagés en ce qui a trait aux pouvoirs des ordres. Les personnes et organismes qui se sont prononcés sur la question dans leurs observations estiment tantôt qu'ils sont ce qu'ils devraient être, tantôt qu'ils sont excessifs.

Un seul ordre, à savoir l'Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario, fait mention des pouvoirs des ordres, disant qu'ils sont adéquats. Quatre associations disent aussi qu'à leurs yeux, les pouvoirs des ordres sont suffisants pour assurer la protection du public (l'Association de psychologie de l'Ontario, l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario, Les diététistes du Canada et la Ontario Association of Optometrists). Une personne membre d'une

profession de la santé et une personne membre du public adoptent la même position dans leurs observations respectives.

Quatre membres d'une profession de la santé estiment par contre que les pouvoirs des ordres sont excessifs, comme d'ailleurs trois associations professionnelles (la Ontario Society of Physicians for Complementary Medicine, la Société canadienne des thérapeutes respiratoires et la Ontario Society of Medical Technicians). La société ontarienne rassemblant les praticiens et praticiennes de médecin douce en particulier (Ontario Society of Physicians for Complementary Medicine) affirme que les ordres ont trop de pouvoirs, citant pour preuve [traduction] « les enquêtes qui traînent en longueur, le peu d'information divulguée et les retards qui compromettent les possibilités de révision judiciaire et d'appel ».

Droits des membres

La responsabilité première de tout ordre est de régir, dans l'intérêt du public, les activités de ses membres en s'assurant de leur conformité aux normes d'exercice de leur profession et aux obligations que leur imposent les règlements pris en application de la *Loi*.

Quelques observations reflètent le point de vue que peu de dispositions de la *Loi* s'appliquent aux membres des ordres, hormis les dispositions procédurales relatives aux instances des ordres en matière de plaintes, de discipline et d'incapacité. Plusieurs membres d'une profession de la santé qui ont soumis des observations à titre individuel estiment que les ordres n'attachent pas assez d'importance aux droits de leurs membres dans leurs procédures, en particuliers celles relatives aux plaintes et à la discipline.

Six associations, à savoir la Ontario Society of Chiropodists, l'Association de psychologie de l'Ontario, le Conseil de vision du Canada, la Ontario Society of Medical Technologists, la Société canadienne des thérapeutes respiratoires et l'organisme Respiratory Therapists for Positive Change, déplorent le fait que les ordres ne fassent pas participer leurs membres davantage à l'élaboration de politiques, de règlements administratifs et de règlements. De nombreuses voix se sont levées pour regretter que les ordres ne soient pas obligés de consulter leurs membres, pire, qu'ils font souvent la sourde oreille à leurs idées. Ce qu'elles réclament est l'ajout à la *Loi* d'une disposition exigeant explicitement des ordres qu'ils consultent leurs membres lors de l'élaboration de leurs politiques, règlements administratifs et règlements et qu'ils tiennent compte de leurs commentaires. Le conseil régional de santé de Simcoe-York a par ailleurs dit que selon lui, les ordres n'offrent pas assez de soutien à leurs membres.

Analyse du Conseil consultatif

Les questions relatives aux pouvoirs des ordres et aux droits de leurs membres ont principalement rapport aux principes de responsabilité et d'équité de la *Loi*.

Vu leur faible nombre, le Conseil consultatif estime que les observations portant sur les pouvoirs des ordres ne sont pas de nature à rendre impérative une modification des dispositions en vigueur. Il se peut que les observations selon lesquelles les ordres ont des pouvoirs excessifs ne reflètent en réalité autre chose, à savoir les problèmes que la conformité aux exigences procédurales de la *Loi* a pu poser aux ordres et qui se sont par exemple traduits par un long délai de mise en œuvre de leurs procédures et donc de traitement des plaintes.

Les observations relatives aux droits des membres portent surtout sur le fait que les ordres ne consultent pas assez ces derniers avant d'arrêter les politiques et les pratiques qui les concernent au premier chef. Or les ordres ont de toute évidence pour mandat d'aider leurs membres. La disposition 3(1) 6 de la *Loi* précise qu'ils sont censés « élaborer et maintenir des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ».

Il convient de se rappeler que les ordres peuvent présentement apporter leur appui à leurs membres dans plusieurs de leurs instances. La *Loi* contient des dispositions assurant les membres des ordres de la divulgation de renseignements et de certains mécanismes de protection dans le cadre des procédures relatives aux plaintes et à la discipline. Ces points sont repris plus en détail au chapitre 7, Divulgation de renseignements au public, de même que dans le rapport du Conseil consultatif au ministre sur les procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel.

La *Loi de 1999 visant à réduire les formalités administratives* a porté modification de la *Loi* dans l'intention de contraindre les ordres à consulter leurs membres lors de l'élaboration de leurs règlements administratifs et règlements. On y lit spécifiquement, au paragraphe 94(2) et à la disposition 95(1) 1.4 qu'aucun règlement administratif ni règlement (à quelques exceptions près) ne doit être adopté à moins d'avoir été soumis à chacun des membres au moins 60 jours avant son approbation par le conseil. Il est intéressant de noter que bon nombre d'ordres ont prévu la possibilité pour leurs membres de leur faire des commentaires par télécopieur, ce qui accélère bien les choses.

La *Loi* énonce très clairement le mandat des ordres, qui est de régir leur profession dans l'intérêt du public. Il peut arriver que les motifs des décisions prises par les conseils des ordres échappent à leurs membres. Les ordres ont pour délicate tâche de protéger l'intérêt public alors que leurs membres et les associations qui le représentent tiennent parfois à défendre des intérêts professionnels majeurs qui ne vont pas dans le même sens.

Le Conseil consultatif est arrivé à la conclusion que les pouvoirs des ordres, tels qu'exprimés dans la *Loi,* sont tout à fait adéquats et que les membres des professions de la santé jouissent de droits suffisants pour maintenir l'équilibre du système de réglementation.

2. Structure du conseil d'un ordre

Les différentes lois sur les professions de la santé prescrivent la composition du conseil de l'ordre qui régit leur profession. La plupart de ces lois prévoient la possibilité d'une légère variation tant dans le nombre de membres représentant la profession élus au conseil que dans le nombre de membres représentant le public qui y sont nommés, tandis que d'autres fixent très exactement le nombre de membres dans chacune de ces catégories. Quelques-unes de ces lois prévoient également la sélection de membres représentant le milieu de l'enseignement. La règle généralement acceptée est que les conseils comptent un ou deux membres des professions élus de plus que de membres du public. Dans les conseils des ordres constitués en vertu d'une loi qui prévoit la présence en leur sein de membres issus du milieu de l'enseignement, les membres du public sont encore à un plus grand désavantage.

En ce qui a trait aux comités et sous-comités d'un conseil dont la *Loi* exige la constitution, elle en prescrit aussi la composition. Ses dispositions à cet égard y assurent les membres élus d'une légère majorité, par exemple de trois sur cinq ou de deux sur trois au sein d'un sous-comité. Quoi qu'il en soit, compte tenu du nombre variable de membres de chaque catégorie prévu par la plupart des lois sur une profession de la santé, il n'est théoriquement pas impossible que le conseil d'un ordre compte plus de membres représentant le public que de membres élus représentant leur profession. Le nombre de membres nommés par le gouvernement peut toujours être ajusté de sorte à préserver la majorité des membres élus.

Dans le document *Établir un nouvel équilibre*, le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé avait recommandé que les conseils des ordres soient composés pour un tiers de membres du public et pour deux tiers de membres élus représentant leur profession. Le gouvernement en place à l'époque a préféré augmenter le nombre de membres du public. Eu égard au modèle de « régie autonome » retenu pour la réglementation des professionnels de la santé en Ontario, il a porté la proportion de membres du public au conseil d'un ordre à juste en-dessous de la moitié.

Rien dans la *Loi* n'interdit aux membres du public de présider les comités qu'elle prescrit ou d'occuper des postes de direction au sein d'un ordre; le fait est d'ailleurs que les membres du public sont souvent élus à de tels postes, voire même à la présidence d'un conseil.

Résultat des consultations

Dans le document de consultation *Question d'équilibre*, le Conseil consultatif invitait les personnes et organismes intéressés à répondre aux questions suivantes :

- « Quelle est la combinaison appropriée de représentants du public et des professionnels de la santé au sein des conseils des ordres?
- La majorité des membres des conseils des ordres devraient-ils être des représentants des professionnels de la santé élus par leurs collègues ou …
- … un plus grand contrôle devrait-il être conféré aux membres du public nommés par le gouvernement? »

Les personnes et organismes qui ont abordé ces questions dans leurs observations ont des points de vue divergents quant à la combinaison appropriée de membres du public et des professions de la santé au sein des conseils des ordres. L'un de ces points de vue est que la présence d'une majorité de membres des professions au sein des conseils est non seulement nécessaire à l'autoréglementation de celles-ci et ce qu'elle suppose de familiarité avec tout ce qui touche à leur exercice, mais dictée par la quête du meilleur rapport coût-efficacité. Les tenants de cette position sont surtout les membres d'une profession de la santé qui ont soumis des observations de leur propre initiative, les associations professionnelles et quelques-uns des ordres.

Un autre point de vue exprimé est qu'un juste équilibre entre les membres des professions et les membres du public est indispensable tant pour des questions de responsabilité que de compétence professionnelle. Dans ce camp se rangent des protagonistes plus variés, y compris plusieurs ordres et associations, des professionnels ayant soumis leurs propres observations, les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, différents conseils régionaux de santé, de même qu'une personne parmi les particuliers ayant soumis des observations au Conseil consultatif.

Enfin, un troisième groupe de personnes et d'organismes estiment que les professions de la santé ne devrait pas être autoréglementées et que les membres du public devraient être majoritaires aux conseils des ordres. Les tenants de cette opinion sont généralement convaincus que l'autonomie des professions de la santé n'est pas dans l'intérêt du public ou qu'une multiplication des particuliers au sein des conseils des ordres contribuerait à une plus grande responsabilisation de ces derniers, voire les deux. Il s'agit principalement des groupes de défense des consommateurs, tels que le Queen Street Patients Council, la Toronto Health Coalition et le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques et, une fois de plus, une personne parmi les particuliers ayant soumis des observations au Conseil consultatif. C'est aussi l'avis présenté par M. Belza dans son rapport, incorporé à la question de M^{me} Arndt soumise au Conseil consultatif par voie ministérielle.

Plusieurs associations ont avancé l'idée d'ajouter aux conseils des membres issus d'autres secteurs, notamment la population étudiante ou les universitaires. Une association a parlé d'augmenter le nombre de Francophones au sein des conseils et comités des ordres. Trois associations professionnelles ont recommandé que les conseils des ordres incluent des membres de l'association représentant leur profession.

Quelques personnes et organismes, dont plusieurs ordres, ont noté comme intéressante l'éventuelle représentation aux conseils d'autres professions connexes, disant que cela favoriserait les échanges d'information et d'idées entre celles-ci, en plus de rehausser la responsabilité des ordres. D'autres sont d'avis qu'une telle représentation serait déroutante et nuirait à l'autoréglementation des professions.

Analyse du Conseil consultatif

Avant de tirer une conclusion quant à la combinaison appropriée de membres du public et des professions de la santé au sein des conseils des ordres, le Conseil consultatif a pris en considération les éléments suivants :

- les retombées d'une éventuelle multiplication des membres du public sur l'autonomie des professions;
- la preuve à l'appui de la nécessité de renoncer à cette autonomie;
- les autres modèles de régie autonome envisageables;
- les retombées des différentes combinaisons possibles sur l'autonomie et sur les décisions des ordres;
- les autres moyens de rehausser la responsabilité des conseils des ordres;
- les autres moyens de renforcer la représentation du public aux conseils des ordres (p. ex., l'éducation des membres du public en vue d'améliorer la qualité de leur participation aux activités des conseils).

L'Ontario est un précurseur en ce qui a trait à la proportion de membres du public au sein des ordres. Son système de réglementation des professions de la santé repose déjà sur une forte participation du public à la régie autonome des professions, les membres du public représentant juste un peu moins que la majorité des membres des conseils des ordres, siégeant à l'ensemble des comités des ordres prescrits par la *Loi* et admissibles à des postes de direction au sein de ces derniers.

Le Conseil consultatif n'est pas persuadé de la nécessité de diminuer le degré d'autoréglementation des professions de la santé. Il maintient que les objectifs visés sont une régie plus responsable des professions dans l'intérêt du public et une meilleure représentation du public aux conseils des ordres. Ces objectifs sont réalisables autrement qu'en modifiant la combinaison de membres élus et nommés au sein des ordres et en diluant l'autoréglementation des professions. Des moyens plus certains d'y parvenir seraient entre autres l'éducation et le soutien des membres du public, une multiplication des évaluations de programmes, la présentation plus régulière de rapports normalisés, de même qu'une supervision accrue. Ces solutions sont examinées un peu plus loin dans la section relative aux membres du public (page 59), de même qu'au chapitre 10, Rôles et responsabilités (page 130).

Porter le nombre de particuliers nommés aux conseils des ordres à la majorité des membres de ces conseils pourrait être perçu comme mettant un terme à l'autonomie des professions de la santé réglementées. Les responsables des ordres ont souvent remarqué que lors des votes en conseil, les voix ne sont pas divisées de façon prévisible entre les deux catégories de membres. Certaines personnes disent aussi que les membres du public se laissent parfois trop influencer par les membres des professions. Il est fort peu probable qu'une simple augmentation du nombre de membres du public nommés aux conseils des ordres changerait cette dynamique.

Ainsi, contrairement à l'argument défendu par M. Belza, le Conseil consultatif estime que donner aux membres du public une représentation majoritaire au sein des conseils des ordres ne contribuerait pas nécessairement à renforcer la responsabilité des professions de la santé envers le public. Par contre, les membres des professions siégeant aux conseils auraient la même responsabilité financière qu'avant, mais plus aucune autorité. En l'absence d'autres modifications du système de réglementation, notamment en ce qui a trait au rôle du ministre ou du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « le public » risquerait de se retrouver responsable de la régie des professions de la santé, sans disposer des appuis nécessaires pour le faire. Rendre les membres du public majoritaires au sein des conseils des ordres impliquerait forcément un rôle différent pour le ministère : en effet, vu qu'il nomme les particuliers qui siègent aux conseils, le gouvernement devrait au bout du compte, par leur intermédiaire, assumer une plus grande part de responsabilité pour ce qui est d'assurer la régie efficace des professions et de leurs organes de réglementation.

Le Conseil consultatif confirme donc l'autonomie des professions de la santé en Ontario et se prononce en faveur de la présence continue d'une majorité de membres des professions au sein des conseils des ordres, avec un nombre de membres du public juste inférieur à la majorité. Les recommandations du Conseil consultatif visent à préserver l'autonomie des professions de la santé dans le cadre du système de réglementation existant en veillant à ce que les membres des professions conservent la majorité au sein des conseils de leurs ordres.

Les dispositions actuelles des différentes lois sur une profession de la santé ne garantissent pas le maintien au sein des conseils d'une combinaison particulière de membres du public et des professions; théoriquement, il n'est pas impossible que dans certaines circonstances, les conseils comptent plus de particuliers nommés à leurs postes que de membres des professions élus à y siéger. Si pareille situation devait se produire, il s'agirait d'y remédier, de sorte à rétablir une légère majorité de membres élus et ainsi préserver la régie autonome de la profession concernée. Parallèlement, certains ordres auraient peut-être intérêt à revoir combien de membres siègent à leur conseil, afin de s'assurer que leur nombre est suffisant par rapport à la charge de travail des

comités : le nombre actuel de membres a été établi voici plus d'une dizaine d'années. Quantité d'ordres ont aujourd'hui des effectifs bien plus élevés et complexes qu'auparavant, et certains ont déjà commencé à réexaminer combien il leur faudrait de membres au sein de leur conseil pour pouvoir s'acquitter efficacement de leurs obligations légales. Le Conseil consultatif reconnaît par ailleurs l'importance d'établir des liens entre les ordres et les établissements d'enseignement par l'intermédiaire de la représentation de ces établissements aux conseils des ordres.

Recommandations du Conseil consultatif

10. **Qu'une modification soit apportée aux différentes lois sur une profession de la santé de sorte à garantir aux membres élus du conseil d'un ordre une majorité d'au moins un et d'au plus deux sièges par rapport aux membres du public qui y sont nommés. Cette modification pourrait prendre la forme soit de la mention d'un nombre exact de membres des deux catégories devant siéger au conseil d'un ordre, soit de l'ajout d'une disposition distincte prescrivant que le nombre de membres élus doit être supérieur au nombre de membres du public nommés d'au moins une et d'au plus deux personnes.**
11. **Que le ministre profite de la modification proposée pour consulter les ordres au sujet d'une éventuelle hausse ou baisse de l'effectif de leurs conseils, de même que de la possibilité de prescrire l'inclusion parmi cet effectif de membres représentant les établissements d'enseignement.**

3. Structure des comités d'un ordre

Présentement, aux termes de la *Loi,* les ordres sont des entités autonomes dont la structure de direction est prescrite par le *Code des professions de la santé* (« le *Code* ») et par la loi connexe régissant leurs professions respectives. Aux termes du *Code*, chaque ordre doit, entre autres, se doter des sept comités suivants :

- le comité d'inscription,
- le comité d'assurance de la qualité,
- le comité d'aptitude professionnelle,
- le comité des plaintes,
- le comité de discipline,
- le comité des relations avec les patients,
- le bureau.

Le *Code*, qui est annexé à la *Loi*, fait mention de ces comités de façon répétée, précisant leurs pouvoirs et les règles de procédures auxquelles ils sont soumis. Le tableau ci-après présente les fonctions essentielles de ces comités conformément au *Code*.

NOMS ET FONCTIONS DES COMITÉS PRESCRITS DES ORDRES	
COMITÉS	**FONCTIONS ESSENTIELLES**
Bureau	• Assumer tous les pouvoirs du conseil entre ses réunions, à l'exclusion du pouvoir de prendre, de modifier ou d'abroger un règlement ou un règlement administratif. • Demander la conduite d'une enquête sur une question liée à l'assurance de la qualité. • Approuver la demande de la registrateure ou du registrateur de charger quelqu'un de l'enquête sur la question relative à l'assurance de la qualité, de même qu'un rapport obligatoire ou autre portant sur une faute professionnelle ou un cas d'incompétence présumés. • Constituer une commission d'enquête pour mener une enquête afin d'établir si une professionnelle ou un professionnel membre de l'ordre est frappé d'incapacité. • Renvoyer une question d'incapacité au comité d'aptitude professionnelle et une allégation de faute professionnelle au comité de discipline. • Rendre une ordonnance ayant pour effet de suspendre provisoirement le certificat d'inscription d'une professionnelle ou d'un professionnel membre de l'ordre ou de l'assortir de certaines restrictions.
Comité des plaintes	• Enquêter sur les plaintes. • Examiner les conclusions d'une enquête. • Statuer sur une plainte (autrement dit, prendre les mesures qu'il juge appropriées, telles que le rejet d'une plainte, son renvoi au comité de discipline ou la délivrance d'un avertissement à la professionnelle ou au professionnel qui en est l'objet).
Comité de discipline	• Tenir des audiences pour entendre les allégations de faute professionnelle ou d'incompétence qui lui sont renvoyées. • S'il conclut que les allégations sont fondées, rendre une ordonnance ayant pour effet de d'imposer une réprimande ou une amende à la professionnelle ou au professionnel concerné, d'assortir son certificat d'inscription de conditions ou de restrictions, voire de le suspendre ou de le révoquer, selon le cas.
Comité d'aptitude professionnelle	• Tenir des audiences pour entendre les allégations d'incapacité qui lui sont renvoyées. • S'il conclut que les allégations sont fondées, rendre une ordonnance ayant pour effet d'assortir le certificat d'inscription de la professionnelle ou du professionnel concerné de conditions ou de restrictions, voire de le suspendre ou de le révoquer, selon le cas.
Comité d'inscription	• Examiner les demandes d'inscription que la registrateure ou le registrateur lui soumet. • Après examen de ces demandes, enjoindre à la registrateure ou au registrateur de refuser ou de délivrer un certificat d'inscription, de le délivrer sous certaines conditions ou d'assortir un certificat de conditions et de restrictions. • Approuver les conditions et restrictions dont la registrateure ou le registrateur juge nécessaire d'assortir un certificat d'inscription.

Comité d'assurance de la qualité	• Nommer les évaluatrices et les évaluateurs aux fins du programme d'assurance de la qualité. • Selon les résultats d'une évaluation de la qualité, faire le renvoi qui s'impose au bureau pour faute professionnelle, incompétence ou incapacité, selon le cas.
Comité des relations avec les patients	• Conseiller le conseil au sujet du programme de relations avec les patients. • Administrer le programme de financement de la thérapie et des consultations destinées aux personnes qui, lorsqu'elles étaient des patients, ont été victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de membres de la profession que régit l'ordre.

Résultat des consultations

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario ont proposé de revoir la structure des comités. Ils proposent essentiellement de créer un seul comité d'examen préliminaire chargé de recueillir tous les renseignements relatifs aux membres de l'ordre, quelle qu'en soit la source. La principale fonction du comité d'examen préliminaire serait de donner la suite appropriée à ces renseignements, qu'il s'agisse de statuer sur une question directement ou de la renvoyer à un autre comité, tel que le comité de discipline ou le comité d'assurance de la qualité. À l'heure actuelle, aussi bien le comité des plaintes que le bureau assure des fonctions de triage, le premier en ce qui a trait aux plaintes officielles et le second en ce qui a trait aux rapports obligatoires ou autres portant sur des questions de mauvais traitements d'ordre sexuel, de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou autres portées à la connaissance de l'ordre.

Le Conseil consultatif a discuté de la proposition de créer un comité d'examen préliminaire lors de tables rondes avec les ordres et lors de réunions avec des représentantes et représentants de ces derniers. Les ordres se sont dans l'ensemble montrés favorables à l'idée de simplifier la structure de leurs comités. Ils ont de plus manifesté des préoccupations similaires à propos du fait que la structure des comités prévue par la *Loi* limite les échanges d'information. Le sentiment dominant était qu'une nouvelle structure comportant un comité d'examen préliminaire serait une bonne façon de remédier à ce problème.

Harry Cummings and Associates, le cabinet d'experts-conseils chargé de l'évaluation des programmes de relations avec les patients des ordres, a conclu que l'exigence que chaque ordre se dote d'un comité chargé uniquement de ces relations est non seulement inutile, mais pourrait faire obstacle à la mise en place de programmes des relations avec les patients complets et intégrés.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif a étudié de près la proposition de créer un comité d'examen préliminaire, de même que les réactions que celle-ci a suscitées, puis il en a discuté avec différents groupes d'intervenants. Selon lui, l'idée de revoir la structure des comités des ordres n'est pas mauvaise, en autant que cette révision soit basée sur une évaluation fonctionnelle des comités requis pour atteindre les objectifs visés en termes d'efficacité, d'efficience, de souplesse et d'équité.

Le Conseil consultatif a examiné la possibilité que la structure des comités ne soit pas prescrite et que les ordres soient entièrement libres de se doter des comités dont ils pensent avoir besoin pour s'acquitter des fonctions que leur imposent les textes législatifs. À son avis, si les comités n'étaient plus prescrits par la *Loi*, il faudrait veiller à la mise en place de mécanismes additionnels plus stricts pour s'assurer que les ordres s'acquittent des fonctions prévues de façon responsable. Le Conseil consultatif a par ailleurs conclu qu'une structure de comités commune à l'ensemble des ordres facilite l'information du public et des membres des professions de la santé au sujet du traitement des rapports, des plaintes et d'autres questions dans les différentes instances des comités. L'établissement dans la *Loi* d'une structure commune pour les comités est aussi garante d'une séparation convenable des fonctions d'examen, d'arbitrage et de gestion de l'information, telle que la requiert le principe juridique de neutralité dans la prise de décisions.

Le Comité consultatif juge possible de minimiser les défauts de la structure actuelle des comités sans pour autant éliminer le caractère obligatoire de ces derniers. Ayant pesé le pour et le contre, il préconise donc de laisser inchangé le fait qu'une structure et des processus communs soient prescrits dans les textes législatifs, compte tenu des avantages que cela présente pour le public et les membres des professions sur le plan de la responsabilité et de la compréhension des fonctions des ordres. Veiller à ce que ces fonctions soient clairement définies et réparties entre plusieurs comités aux mandats distincts permet aussi de satisfaire au principe juridique de neutralité dans la prise de décisions. La seule exception à cet égard est le comité des relations avec les patients, tel qu'expliqué un peu plus loin dans cette section.

Les structures en place pour traiter des questions touchant les membres ne sont guère propices à une utilisation souple ou avantageuse du flux d'information au sein des ordres ni des ressources de ces derniers. Il se peut fort bien que les structures que leur impose la *Loi* soient trop complexes et que les procédures afférentes prennent trop de temps pour permettre aux ordres de donner suite comme ils le devraient aux divers types de renseignements qu'ils reçoivent ou recueillent au sujet de leurs membres. À titre d'exemple, les bureaux de plusieurs ordres passent un temps fou à examiner les dossiers en instance avant de décider s'il convient ou non de les renvoyer à un autre comité. Par ailleurs, l'information est souvent « bloquée » entre le bureau et le comité des plaintes, ce qui crée de graves lacunes dans les éléments que ce dernier prend en considération avant de rendre une décision : pareille situation nuit à la capacité de l'ordre d'assurer la protection du public, de même qu'à la transparence de son mandat de diriger sa profession.

Le Conseil consultatif maintient qu'un comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes, qui aurait accès à toute l'information de quelque source qu'elle provienne, serait mieux à même d'assurer la protection du public. Libérer les ressources du bureau en temps et autres contribuerait aussi à une plus grande efficacité des fonctions administratives. Qui plus est, la procédure actuelle relative à la suspension provisoire d'un certificat d'inscription ou à l'ajout de restrictions à ce dernier est trop restrictif pour pouvoir aboutir assez vite lorsque le public court un risque de préjudices ou de lésions à cause de la conduite ou de l'incapacité d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé. Partager ce pouvoir avec un comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes détenteur de toute l'information nécessaire se traduirait par plus d'efficacité, de souplesse et d'efficience administrative.

Pour mener à bien cette fusion, il s'agirait donc de constituer un nouveau comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes qui, en plus de reprendre les fonctions de l'actuel

comité des plaintes, s'occuperait des allégations précises de faute professionnelle, d'incompétence et d'incapacité aujourd'hui du ressort du bureau. Les pouvoirs du nouveau comités seraient ceux de l'actuel comité des plaintes, complété des pouvoirs explicites, d'une part, de renvoyer des questions au comité d'assurance de la qualité et, d'autre part, de délivrer des ordonnances entraînant la suspension provisoire d'un certificat d'inscription ou l'imposition d'une amende à la professionnelle ou au professionnel concerné. Le bureau conserverait son rôle de direction au sein de l'ordre, tout comme il continuerait, entre les réunions du conseil, d'exercer tous les pouvoirs de celui-ci à l'égard de toute question qui, à son avis, requiert une attention immédiate.

Comme on peut le lire au chapitre 6, Procédures relatives aux plaintes et à la discipline (pages 69 et 70), le Conseil consultatif est favorable au maintien de la disposition actuelle conférant au bureau le pouvoir de rendre une ordonnance provisoire enjoignant à la registrateure ou au registrateur de suspendre le certificat d'inscription d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé ou de l'assortir de conditions ou de restrictions. Si le bureau conservait ce pouvoir, alors même qu'il serait également conféré au comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes, les ordres disposeraient d'une marge de manœuvre accrue pour déterminer promptement si la protection du public exige la délivrance d'une telle ordonnance.

En plus de réunir les fonctions du comité des plaintes et du bureau pour ce qui est de donner suite aux allégations de faute professionnelle, d'incompétence et d'incapacité, le Conseil consultatif recommande, toujours par souci d'efficacité, de confier les fonctions décisionnelles du comité de discipline et du comité d'aptitude professionnelle à un seul comité d'arbitrage. Ce comité fusionné pourrait être baptisé « comité de déontologie ». Présentement, aussi bien la registrateure ou le registrateur, le bureau, la commission d'enquête et le comité d'aptitude professionnelle s'occupent des questions d'incapacité visées aux articles 57 à 69 de la *Loi*. Le Conseil consultatif maintient que les questions d'incapacité devraient être renvoyées à un comité fusionné aux fonctions d'arbitrage et que ce comité devrait être investi du pouvoir d'ordonner les enquêtes appropriées, d'examiner tous les documents pertinents et de décider de la suite à donner à une affaire, conformément aux procédures et autres dispositions prévues par le *Code* en ce qui a trait aux audiences relatives à des allégations d'incapacité.

Tel qu'indiqué précédemment, une évaluation a mis en lumière que bien souvent, les relations avec les patients ne sont pas nécessairement limitées à ce qu'entreprend le comité qui en a la principale responsabilité, mais intégrées à d'autres activités des ordres. Les relations avec les patients constituent un programme aux facettes multiples dont la conception et l'exécution sont parfois, et à raison, confiées à d'autres comités, p. ex., le comité d'assurance de la qualité ou le comité des plaintes, voire à l'ordre en général, p. ex., par l'élaboration de normes ou encore les fonctions d'une conseillère ou d'un conseiller spécialisé dans les normes d'exercice de la profession. Le cabinet d'experts-conseils chargé de l'évaluation a constaté que les comités des relations avec les patiente et les patients des ordres ont souvent des objets très restreints. La plupart du temps, leur raison d'être se limite à la satisfaction des exigences de *Loi* en matière de relations avec les patients. Certains comités disent eux-mêmes que leur rôle se résume à trois fois rien, une fois que les exigences techniques de la *Loi* sont satisfaites et que d'autres comités s'adonnent par ailleurs à des activités que l'on pourrait très bien considérer faire partie des relations avec les patients.

Compte tenu de l'envergure des activités de relations avec les patients qui, inévitablement, touchent l'ensemble des fonctions des ordres, voire les font entrer en jeu directement, il est permis de douter de la nécessité de maintenir un comité distinct pour s'acquitter des exigences de la *Loi*. La solution de rechange serait de répartir les différentes responsabilités actuelles du comité des relations avec les patients entre les divers autres comités d'un ordre. Ceci étant dit, ce qui importe avant tout, c'est que toutes les activités de l'ordre soient planifiées, coordonnées et évaluées de manière à atteindre les grands objectifs visés par l'intermédiaire des relations avec les patients. Cette coordination pourrait en elle-même être le rôle du comité des relations avec les patients, mais le Conseil consultatif juge indispensable de laisser assez de marge de manœuvre aux ordres pour ce qui est de répartir les fonctions à coordonner. En conséquence, le Conseil consultatif préconise le maintien des exigences législatives concernant les relations avec les patients, à condition toutefois de laisser les ordres libres d'en répartir les fonctions comme bon leur semble.

Pareille souplesse signifierait que le conseil de l'ordre pourrait soit assumer lui-même la conception, la coordination et la surveillance des activités entreprises par l'ordre en matière de relations avec les patients, soit les déléguer à un comité compétent, par exemple le comité d'assurance de la qualité. Les ordres peuvent aussi choisir de mettre sur pied un nouveau comité des relations avec les patients.

Recommandations du Conseil consultatif

12. **Que le *Code des professions de la santé* (le *« Code »)* soit modifié de sorte à fusionner les fonctions de triage du comité des plaintes et du bureau au sein d'un comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes habilité à trancher définitivement toute question soulevée par des rapports ou plaintes quelconques au sujet des membres de l'ordre.**
13. **Que le *Code* soit modifié de sorte à expressément ajouter aux pouvoirs du nouveau comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes celui de renvoyer des plaintes, rapports ou autres renseignements reçus au sujet d'une ou d'un membre de l'ordre au comité d'assurance de la qualité en vue d'une évaluation de ses compétences ou de la mise au point de programmes de remédiation, voire les deux, de même que le pouvoir de rendre une ordonnance ayant pour effet de suspendre provisoirement son certificat d'inscription ou de l'assortir de certaines restrictions.**
14. **Que le *Code* soit modifié de sorte à fusionner les fonctions du comité de discipline et du comité d'aptitude professionnelle en vue de former un seul comité d'arbitrage.**
15. **Que le *Code* soit modifié de sorte que les enquêtes et les renvois relatifs à des allégations d'incapacité soient du ressort du comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes.**
16. **Que le *Code* soit modifié de sorte que le comité d'arbitrage statue de façon définitive sur les questions d'incapacité, et non le comité d'aptitude professionnelle.**
17. **Que le *Code* soit modifié de sorte à supprimer l'obligation pour les ordres de se doter d'un comité des relations avec les patients, tout en maintenant cependant leur obligation d'offrir un programme de relations avec les patients et de se conformer aux exigences y afférent.**

Le tableau ci-après présente les répercussions du remaniement des comités proposé sur les fonctions prescrites par la *Loi*.

REMANIEMENT PROPOSÉ DES COMITÉS PRESCRITS DES ORDRES	
COMITÉS	**FONCTIONS ESSENTIELLES RÉVISÉES**
Bureau	• Maintien des pouvoirs du conseil entre les réunions de celui-ci. • Transfert des fonctions suivantes au comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes : 1. constitution d'une commission d'enquête; 2. renvoi des questions d'incapacité en vue de leur règlement définitif; 3. demandes d'enquêtes sur des rapports obligatoires et autres, y compris des enquêtes sur des questions liées à l'assurance de la qualité. • Maintien du pouvoir de renvoyer des questions au comité de discipline. • Maintien du pouvoir de rendre des ordonnances ayant pour effet de suspendre provisoirement un certificat d'inscription ou de l'assortir de certaines restrictions. • Si le comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes ne s'en charge pas, superviser les enquêtes liées aux plaintes et aux rapports.
Comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes	• Superviser les enquêtes liées aux plaintes et aux rapports menées sur instruction de la registrateure ou du registrateur et tenir tant les personnes à l'origine d'une plainte que les membres d'une profession mise en cause au courant du traitement de la plainte les concernant. • Examiner non seulement les plaintes, mais tous les rapports obligatoires et autres relatifs aux allégations de faute professionnelle, d'incompétence et d'incapacité. • Décider de la suite à donner aux plaintes et aux rapports obligatoires ou autres et prendre les mesures qui s'imposent à leur égard, y compris leur renvoi au comité d'assurance de la qualité ou au comité de déontologie. • Rendre des ordonnances ayant pour effet de suspendre provisoirement un certificat d'inscription ou de l'assortir de certaines restrictions.
Comité de déontologie	• Tenir des audiences en cas d'allégations de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité. • S'il conclut que les allégations de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité sont bien-fondées, rendre les ordonnances qui s'imposent.
Comité d'inscription	• Inchangées.
Comité d'assurance de la qualité	• Inchangées.
Fonctions liées au programme de relations avec les patients : le conseil de l'ordre décide comment les répartir et en assurer la coordination.	

4. Membres du public nommés au conseil d'un ordre

Aux termes de la *Loi*, les membres du public siégeant aux conseils des ordres sont nommés par la lieutenante-gouverneure en conseil (le Conseil des ministres) et reçoivent une rémunération du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.[24] La *Loi* ne contient aucune disposition particulière concernant l'orientation ou la formation des membres du public ainsi nommés.

Les observations formulées à cet égard en réponse au document de consultation portaient surtout sur le processus de sélection ou de nomination des membres du public, de même que sur l'orientation ou la formation de ces derniers et sur leur rémunération.

Processus de sélection ou de nomination

Résultat des consultations

Un nombre élevé d'observations de provenance variée, dont celles des Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario et de plusieurs associations professionnelles, groupes de défense des consommateurs et organismes de santé, sans oublier la moitié des ordres, ont évoqué la nécessité de veiller à ce que, d'une part, les membres du public nommés aux conseils des ordres reflètent mieux la mosaïque géographique, culturelle et démographique de l'Ontario, et, d'autre part, à ce que leur sélection tienne compte des impératifs de représentation liés aux deux sexes, à la langue et à la communauté autochtone.

Quelques associations professionnelles, groupes de défense des consommateurs, organismes de santé et prestateurs de soins de santé parlant en leur nom propre ont exprimé des préoccupations à propos du processus de sélection des membres du public par le gouvernement, qui ne leur semble pas assez ouvert ou transparent. Plusieurs ont recommandé de faire en sorte que ce processus soit plus ouvert et que le public soit informé par voie d'annonces des postes à combler. Certaines observations vont jusqu'à dire que la sélection des membres du public ne devrait pas être laissée à la discrétion du gouvernement, mais tenir compte de l'intérêt que les personnes retenues portent aux soins de santé. Elles suggèrent par exemple d'aller plutôt chercher des personnes œuvrant pour des groupes d'intervention dans le système de santé ou des groupes de défense des patients, ou encore des personnes, leur mérite ou l'intérêt qu'elles portent à une profession de la santé particulière.

Bon nombre d'ordres et quelques associations professionnelles ont évoqué la lenteur du processus de nomination des membres du public comme étant un obstacle au fonctionnement efficace des conseils et des comités des ordres. Leurs recommandations pour y remédier incluent de modifier les dispositions législatives prescrivant le quorum au conseil d'un ordre de sorte à les rendre plus souples et de nommer les membres du public en avance de la date limite pour la nomination des membres des conseils.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif estime que les membres du public jouent un rôle essentiel au sein du système de réglementation des professions de la santé, puisqu'ils sont les porte-parole du public et les défenseurs de son intérêt aux conseils des ordres.

---

[24] Article 8 du *Code des professions de la santé*

Le processus actuel de nomination des membres du public par la lieutenante-gouverneure en conseil comporte de nombreuses étapes et requiert plusieurs approbations à différents niveaux de la bureaucratie gouvernementale. Vu la foule de priorités que le gouvernement jongle à tout moment, cet échelonnement du processus ne fait rien pour l'accélérer. Le Conseil consultatif maintient que la nomination des membres du public aux conseils des ordres devrait avoir lieu en temps utile pour assurer le bon fonctionnement du système de réglementation. L'ensemble des ordres doivent toujours compter un nombre suffisant de membres du public au sein de leurs conseils pour pouvoir s'acquitter de leurs devoirs et responsabilités aux termes de la *Loi*.

En conséquence, le Conseil consultatif suggère que, par souci d'efficience et de rapidité, le ministre étudie la possibilité de recourir à d'autres mécanismes que la nomination des membres du public par décret en conseil, par exemple par arrêté ministériel. Par ailleurs, le Conseil consultatif estime que dans le but d'accélérer le processus de nomination, le ministre aurait intérêt à mettre au point des normes s'y rapportant (voir la recommandation 58 à la page 129, au chapitre 10, Rôles et responsabilités).

Le Conseil consultatif est d'avis qu'il faudrait baser les nominations sur des critères reflétant à la fois les besoins cernés par les ordres et les caractéristiques de tout corps dirigeant efficace, telles que mises de l'avant par la Fondation canadienne pour la vérification intégrée. Ces caractéristiques sont les suivantes :

- se composer de personnes possédant les connaissances, la capacité et la détermination nécessaires pour exécuter leurs fonctions;
- comprendre ses objets et les intérêts qu'il représente;
- comprendre les objectifs et les stratégies des organismes qu'il dirige;
- savoir de quelle est l'information il doit disposer pour s'acquitter de ses responsabilités et se la procurer;
- une fois saisi de ladite information, être prêt à agir pour atteindre les objectifs poursuivis et s'assurer d'un bon rendement;
- s'acquitter de ses responsabilités envers les personnes ou organismes dont il représente les intérêts en leur rendant compte de ses activités.[25]

Orientation ou formation

Résultat des consultations

Un grand nombre d'observations, surtout celles des ordres individuellement ou par l'intermédiaire de leur fédération, les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, et celles de prestateurs de soins de santé parlant en leur nom propre, ont mentionné que les membres du public ne semblent pas recevoir l'orientation ou la formation qu'il conviendrait de leur donner pour pleinement et rapidement les familiariser avec :

- la *Loi* et la loi connexe applicable à la profession que régit l'ordre;
- le rôle des ordres;
- les questions touchant l'exercice de la profession;
- leur propre rôle en tant que représentante ou représentant du public au sein du conseil d'un ordre.

[25] *Governance Information. Strategies for Success.*

Les auteurs de plusieurs observations affirment que les membres du public ne tiennent que rarement tête aux membres des professions qui siègent à leurs côtés, mais ont plutôt tendance à se rallier à leur point de vue lors des prises de décision des conseils. Les tenants de cette opinion ont suggéré qu'une orientation ou formation adéquate aurait l'avantage de mieux préparer les membres du public à leur rôle au sein des conseils des ordres.

La plupart des observations qui abordent ce sujet estiment que la responsabilité d'assurer l'orientation ou la formation des membres du public devrait incomber au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Quelques-unes prônent toutefois le partage de cette responsabilité entre les ordres et le ministère, voire même, et cet avis n'est défendu qu'une seule fois, disent que l'orientation ou la formation des membres du public devrait être l'entière responsabilité des ordres.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif note la place primordiale que la Fondation canadienne pour la vérification intégrée accorde dans sa liste des caractéristiques d'un corps dirigeant efficace aux connaissances, à la compréhension, à la détermination et à l'accès à l'information. Il a gardé ces caractéristiques à l'esprit au moment d'étudier la meilleure façon de préparer les membres du public à leur rôle et de rehausser leur capacité de représenter l'intérêt public aux conseils des ordres.

Le Conseil consultatif s'est penché sur la documentation et sur les programmes d'orientation ou de formation offerts aux membres de leurs conseils ou comités par plusieurs organismes gouvernementaux ayant des responsabilités administratives ou décisionnelles, voire les deux (y compris le Conseil de l'industrie du tourisme de l'Ontario, la Commission de révision de l'évaluation foncière et la Commission du consentement et de la capacité). Chacun ces organismes offre une certaine orientation initiale à ses membres, en plus de leur donner accès, sans frais, à des séances de formation continue ou des colloques annuels. Leur point de vue est que ce type de formation aide les membres du public à se tenir au courant des questions propres au domaine qui relève de leur compétence et les équipe des capacités spécifiques requises pour s'acquitter de leur rôle.

Le Conseil consultatif a bien conscience que les ressources du ministère sont limitées et que le gouvernement n'a guère de choix que d'établir des priorités au niveau de ses dépenses. Quoi qu'il en soit, si l'on veut que les particuliers nommés aux conseils des ordres s'acquittent convenablement de leur rôle d'y représenter l'intérêt public, il faut d'abord veiller à ce que ces personnes connaissent leurs fonctions et leurs responsabilités à cet égard et qu'elles aient accès à l'information et aux autres mécanismes de soutien nécessaires à cette fin. Le Conseil consultatif maintient qu'il est impératif, d'une part, d'offrir aux membres du public une orientation dans les deux, maximum trois, mois qui suivent leur nomination et, d'autre part, de leur donner accès en permanence à l'information et au soutien dont ils ont besoin. Il est certain qu'aider les membres du public nommés aux conseils des ordres à mieux s'acquitter de leur rôle contribuera à l'efficacité du système de réglementation.

Il serait préférable que l'orientation et la formation soient une responsabilité partagée entre le ministère et les ordres. Le Conseil consultatif est arrivé à la conclusion que les ordres, ensemble, sont les mieux placés pour diriger l'élaboration d'un bon programme d'orientation des membres

du public, compte tenu de leur savoir-faire en matière de réglementation des professions et de familiarité avec les enjeux de chaque profession. La responsabilité de concevoir les programmes d'orientation et de formation continue des membres du public et d'en fournir le contenu devrait incomber aux ordres, peut-être sous la direction de leur fédération, les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario. Le ministère, lui, devrait continuer d'apporter un financement suffisant à l'éducation des membres du public, tant à l'étape de l'orientation qu'à celle de la formation continue. Un engagement du ministère à cet effet confirmerait que les particuliers qu'il nomme aux conseils des ordres pour y représenter l'intérêt public constituent une ressource provinciale qu'il faut appuyer.

L'orientation et la formation sont à la clef d'une contribution informée, utile et efficace des membres du public aux activités des conseils des ordres. La présence au sein de ces conseils de particuliers confiants et compétents est indispensable à une direction efficace et responsable des professions de la santé réglementées.

Le Conseil consultatif note qu'aux États-Unis, le Citizens' Advocacy Centre (CAC) a vu le jour en 1989. Organisme sans but lucratif, le CAC a pour objet de servir l'intérêt public par des activités de recherche, de formation, de soutien technique et de réseautage à l'intention des membres du public qui siègent aux conseils de réglementation et de direction des professions de la santé. Il vise à faire en sorte que ces particuliers soient capables de contribuer de façon plus efficace et plus avantageuse à la poursuite des objectifs du gouvernement dans le domaine de la santé.

Le CAC diffuse de l'information et organise des tribunes en vue d'examiner la politique gouvernementale touchant la réglementation des professions de la santé et la prestation des soins. Il distribue aussi un bulletin trimestriel, tient une conférence annuelle, produit des rapports d'étude sur des questions d'actualité qui affectent les organes de réglementation et de direction des professions de la santé et organise des séminaires de formation à l'intention des derniers, des particuliers et des États.

Le Conseil consultatif considère que l'Ontario devrait prendre les devants pour ce qui est de mettre sur pied, au Canada, un organisme similaire au Citizens' Advocacy Centre. Cet organisme pourrait appuyer les membres du public nommés aux conseils des ordres à l'échelle nationale, et ce par :

- la dissémination de l'information relative au rôle et aux responsabilités des membres du public;
- le recensement des pratiques exemplaires;
- la création d'une tribune facilitant les échanges entre les membres du public nommés aux conseils des ordres;
- la collecte de données (publications, tendances, opinions) sur des questions qui touchent le public;
- la production de rapports sur la réglementation des professions ailleurs qu'en Ontario.

Le Conseil consultatif estime qu'un organisme pancanadien similaire au CAC s'avérerait utile pour les ordres, le public et le système de réglementation en général. Pour commencer, il faciliterait l'accès du public à l'information. Par ailleurs, il réduirait l'isolement des particuliers

siégeant aux conseils des ordres, les inciterait à communiquer et leur donnerait accès à du soutien technique et des occasions de réseautage. Il s'ensuit que l'intérêt public serait mieux servi.

Le Conseil consultatif admet qu'il existe déjà des ressources consacrées à l'information et à la formation des membres du public nommés aux conseils des ordres, mais leur utilisation pour appuyer ces personnes dans leur rôle clef est à son avis loin d'être optimale. L'une des causes en est peut-être une dissémination insuffisante. Les membres du public auraient peut-être aussi intérêt à rencontrer leurs homologues au sein des conseils des autres ordres pour échanger de l'information et discuter de préoccupations communes. Le Conseil consultatif estime que les membres du public sont mieux placés que quiconque pour cerner leurs besoins en matière d'information, de formation et de soutien et qu'il conviendrait de les consulter à cet égard.

Recommandations du Conseil consultatif

18. **Que de l'information sur le rôle et les responsabilités des membres du public nommés aux conseils des ordres soit fournie à l'avance aux personnes dont la nomination est envisagée.**
19. **Que la sélection des particuliers appelés à siéger aux conseils des ordres se fasse suivant une série de critères, dont les connaissances, les capacités et la détermination nécessaires à l'exécution du rôle de membre du public au sein du conseil d'un ordre en général, de même que les connaissances et les capacités spécifiques requises pour siéger au conseil censé les accueillir en particulier.**
20. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fasse clairement comprendre aux ordres qu'ils sont responsables de l'orientation et de la formation des membres du public nommés à leurs conseils et qu'il les encourage à faire en sorte que ces derniers soient bien préparés à assumer leur rôle.**
21. **Que le ministre mette sur pied un comité ou groupe d'étude composé de membres du public siégeant aux conseils des ordres et de personnes représentant aussi bien les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario que le ministère, dont les tâches seraient les suivantes :**
    - **repérer et créer des programmes et autres ressources pouvant servir à l'orientation et au soutien des membres du public;**
    - **créer des mécanismes fiables permettant aux membres du public d'obtenir et d'échanger de l'information;**
    - **créer des mécanismes prévoyant des rencontres périodiques entre les membres du public pour discuter de préoccupations communes;**
    - **étudier la possibilité de mettre sur pied un organisme national qui coordonnerait la dissémination des ressources et ferait la liaison entre le public et les particuliers représentant ses intérêts au sein des ordres régissant les professions.**

Rémunération

Résultat des consultations

Les auteurs d'un petit nombre d'observations, dont plusieurs ordres et groupes de défense des consommateurs, une association professionnelle, un organisme de santé et un conseil régional de santé, estiment que la rémunération des membres du public nommés aux conseils des ordres devrait être égale à celle des membres qui y sont élus. L'observation Arndt/Belza laisse entendre

qu'une réforme de la rémunération des particuliers nommés aux conseils des ordres pourrait rehausser la qualité de la représentation de l'intérêt public au sein de ces derniers.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif a conscience que l'indemnité journalière versée aux membres du public, inchangée depuis 1994, est nettement inférieure à celle que touchent bon nombre de professionnels siégeant à leurs côtés aux conseils des ordres.

Curieux de savoir ce qui se fait à cet égard dans d'autres domaines, le Conseil consultatif s'est penché sur la rémunération des membres des conseils ou comités de plusieurs organismes gouvernementaux ayant des responsabilités administratives ou décisionnelles, dont le Conseil de l'industrie du tourisme de l'Ontario, la Commission de révision de l'évaluation foncière et la Commission du consentement et de la capacité.

Il n'y a qu'au sein de la Commission du consentement et de la capacité que les professionnels touchent une indemnité supérieure à celle des particuliers. Le Conseil consultatif note que cette commission est légalement tenue d'avoir parmi ses membres une avocate ou un avocat, de même qu'une ou un psychiatre. Les indemnités journalières accordées aux membres d'un organisme d'arbitrage sont habituellement supérieures à celles que touchent les membres d'un organisme administratif. Or, bien que les membres du public siégeant aux conseils des ordres assument justement souvent des fonctions d'examen ou d'arbitrage, cela n'est pas reflété dans leur rémunération.

Le Conseil consultatif est d'avis que les membres du public qui siègent aux conseils des ordres devraient toucher une rémunération identique à celle accordée aux particuliers remplissant des fonctions similaires aux leurs au sein d'autres conseils et commissions.

Chapitre 6 Procédures relatives aux plaintes et à la discipline

Le présent chapitre traite des procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre général et d'ordre sexuel, de même que des exigences de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* ») auxquels les ordres doivent satisfaire face à une plainte portant sur l'un ou l'autre type de faute. Il comporte trois sections, subdivisées comme suit :

Section 1 : Procédure relative aux plaintes en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre général

1. Composition du sous-comité du comité des plaintes
2. Nature d'une « plainte »
3. Rapports d'enquête
4. Délai pour statuer sur une plainte
5. Renvoi d'une question au comité de discipline
6. Pouvoirs du sous-comité
7. Ordonnances de suspension provisoire ou de restriction d'un certificat d'inscription
8. Recours à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé

Section 2 : Procédure relative à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre général

9. Composition et pouvoirs du sous-comité du comité de discipline
10. Statut de partie des plaignants
11. Preuve
12. Procédure d'audience
13. Ordonnances
14. Appels

Section 3 : Procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel

La *Loi* stipule que le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le « Conseil consultatif ») doit rendre compte au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'efficacité des procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel. En conséquence, le Conseil consultatif a étudié la façon dont les ordres traitent les plaintes de cette nature et a remis ses recommandations à cet égard au ministre dans un rapport spécial daté de décembre 2000. Les conclusions que le Conseil consultatif a tirées dans ce rapport et ses recommandations au ministre sont discutées plus en détail dans la section 3 ci-après.

Aux pages qui suivent, le Conseil consultatif examine également dans quelle mesure ses recommandations de décembre 2000 visant les cas de faute professionnelle d'ordre sexuel devraient s'appliquer à toutes les procédures relatives aux plaintes et à la discipline, quelle que soit la nature de la plainte.

Quantité de participantes et de participants aux consultations publiques liées à la présente étude quinquennale, à l'évaluation des programmes et aux travaux du Groupe d'étude spécial sur l'abus sexuel des patients ont manifesté leur découragement, voire leur colère, à l'issue de leurs

démêlés avec les ordres, leur méfiance des procédures relatives aux plaintes et à la discipline et leur sentiment que les ordres se trouvent dans une situation de conflit d'intérêts chaque fois qu'ils traitent une plainte pour faute professionnelle d'ordre général ou sexuel.

Section 1. Procédure relative aux plaintes pour faute professionnelle d'ordre général

Dans la présente section, le Conseil consultatif examine les procédures relatives aux plaintes et à la discipline prévues par la *Loi* en ce qui concerne les fautes professionnelles autres que celles d'ordre sexuel. Les principes essentiels qui entrent en ligne de compte pour cet examen sont la protection contre les préjudices et les lésions, la responsabilité, l'efficience et l'équité.

Les dispositions de la *Loi* établissant les procédures relatives aux plaintes et à la discipline sont particulièrement rigoureuses. Bien qu'elles relèvent du droit administratif, elles peuvent avoir de lourdes retombées juridiques et professionnelles pour les membres des professions de la santé. Ces retombées jouent donc souvent sur les exigences en matière de procédure équitable associées aux instances du comité des plaintes et du comité de la discipline.

C'est en général par l'intermédiaire de la procédure relative aux plaintes que les particuliers entrent pour la première fois en contact avec l'un des ordres. Il s'agit en effet de la procédure qui leur permet d'attirer l'attention d'un ordre sur le fait que la conduite ou les actions d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé ne semblent pas être à la hauteur des normes d'exercice de sa profession.

1. Composition du sous-comité du comité des plaintes

Présentement, le *Code des professions de la santé* (le « *Code* »), qui forme l'annexe 2 de la *Loi*, prévoit qu'un sous-comité du comité des plaintes d'un ordre se compose d'au moins trois personnes, dont au moins une est un « membre du public nommé » au conseil de l'ordre.

Résultat des consultations

Deux grands thèmes se sont dégagés lors des consultations à propos de la composition du comité des plaintes, à savoir les qualifications des personnes siégeant à ce comité et la participation des membres du public à ses instances.

L'opinion générale est que les membres du public contribuent grandement à éviter toute apparence de parti pris de la part d'un sous-comité chargé d'enquêter sur une plainte. Les membres du public sont perçus comme porte-parole de monsieur et madame tout le monde et donc comme défenseurs de l'intérêt public, ce qui, d'après les observations recueillies, constitue un inestimable moyen de faire contrepoids à la position des professions. Il semblerait qu'un consensus se soit formé autour de l'importance qu'au moins un membre du sous-comité soit une personne nommée au conseil de l'ordre par opposition aux membres d'une profession qui y sont élus.

Quelques observations, peu nombreuses, prônent la présence au sous-comité d'une majorité de membres du public nommés, de sorte à éviter l'isolement ou l'impuissance que pourrait ressentir un particulier qui y siègerait seul. D'autres observations soulignent toutefois qu'une telle majorité nuirait à l'autoréglementation des professions. D'une façon générale, toutes les

observations reconnaissent implicitement ou explicitement le rôle crucial que des membres du public au sein des sous-comité du comité des plaintes.

En ce qui a trait aux qualifications, certaines observations insistent sur le fait que les membres d'une profession de la santé appelés à siéger à un sous-comité du comité des plaintes doivent posséder des connaissances approfondies relatives à l'observation clinique et au traitement des patients dans leur profession. Plusieurs observations soutiennent aussi que les professionnels siégeant à un sous-comité doivent être parfaitement au fait des exigences de leur profession et être capables d'interpréter les actes de leurs collègues à la lumière du champ d'application de celle-ci. Enfin, quelques observations mentionnent la nécessité d'offrir tant aux membres du public qu'aux membres d'une profession de la santé appelés à siéger à un sous-comité la formation et le soutien nécessaires pour pouvoir s'acquitter de leurs fonctions au sein de celui-ci.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif est arrivé à la conclusion que l'autoréglementation des professions de la santé réglementées en Ontario, telle qu'elle existe à l'heure actuelle, devrait être maintenue (voir la section traitant de la structure du conseil d'un ordre à la page 48). L'autoréglementation n'est pas parfaite, mais le Conseil consultatif estime qu'elle peut s'avérer avantageuse pour la protection de l'intérêt public sans compromettre l'équité vis-à-vis des professionnels de la santé. Le Conseil consultatif estime qu'en règle générale, le comité des plaintes avec sa structure actuelle, complété du comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes dont il recommande la création, permettent d'atteindre un juste équilibre entre les impératifs d'efficience et de responsabilité en matière d'autoréglementation des professions de la santé.

Le Conseil consultatif est par ailleurs d'avis qu'étant donné l'importance du rôle des membres du public, il est tout à fait logique de veiller à leur représentation proportionnelle aux sous-comités du comité des plaintes. Ainsi, lorsqu'un sous-comité compte cinq membres, au moins deux devraient être des membres du public, s'il en compte sept, au moins trois, etc.

Il ne faut avant tout pas perdre de vue la place que les membres du public occupent au sein des sous-comités constitués par les comités des ordres, en particulier le comité des plaintes. Compte tenu du rôle de protecteurs du public que remplissent ces sous-comités, la présence en leur sein de particuliers bien équipés pour s'acquitter de leurs fonctions devrait rétablir la confiance du public dans le système de traitement des plaintes. En effet, la présence de membres du public aide à contrer le sentiment de parti pris que certaines personnes peuvent avoir face à un sous-comité entièrement formé de professionnels de la santé. Les membres du public contribuent aussi à la transparence et à la responsabilité de la procédure relative aux plaintes.

Recommandation du Conseil consultatif

22. Que soit maintenue l'exigence du paragraphe 25(2) du *Code* que les sous-comités du comité des plaintes d'un ordre se composent d'au moins trois personnes, dont au moins une est un membre du public nommé au conseil de l'ordre, et qu'au sein des sous-comités nombreux, il y ait toujours une majorité simple de membres du public moins une personne, autrement dit par exemple deux membres du public au sein d'un sous-comité composé de cinq personnes ou trois membres du public au sein d'un sous-comité composé de sept personnes.

2. Nature d'une « plainte »

Le *Code* ne donne aucune précision quant à la nature d'une « plainte » sur le fond, spécifiant seulement la forme qu'elle doit prendre. Ainsi, son paragraphe 25(4) exige que la plainte soit « présentée par écrit ou enregistrée sur une bande, un film, un disque ou un autre support ». La *Loi* ne contient aucune définition de ce qui constitue en soi une plainte.

Résultat des consultations

Plusieurs points se dégagent des observations qui abordent la nature d'une plainte concernant la définition de ce qui constitue une plainte, la teneur d'une plainte, les plaintes pour le compte d'autrui et la protection des personnes vulnérables à l'origine d'une plainte. Quelques particuliers s'inquiètent du fait que la *Loi* ne définisse pas clairement ce qui constitue une plainte.

Concernant la définition et la teneur d'une plainte, plusieurs observations notent que la *Loi* ne définit pas ce qui constitue une plainte. Cette absence de définition ne s'est pas avérée préjudiciable, au contraire même, à en croire les auteurs de plusieurs observations, qui signalent qu'elle donne aux ordres la possibilité de donner suite au cas par cas à l'information portée à leur connaissance. Laisser de la marge aux ordres à cet égard leur permet de tenir compte des différences entre les clientes et clients de leurs membres, étant donné que la perception de la conduite ou des actes d'une professionnelle ou d'un professionnel peut varier d'une personne à l'autre.

Un autre argument avancé à ce sujet est que le fait de définir ce qui constitue une plainte risque de dissuader certaines personnes de signaler certains aspects troublants de la conduite ou des actions d'une professionnelle ou d'un professionnelle parce qu'elles ne veulent pas déposer de plainte officielle, auquel cas cette information serait perdue à jamais. Qui plus est, une définition prévue par la *Loi* de ce qui constitue une « plainte » risque de s'avérer trop restrictive ou de limiter indûment les droits des patients de se plaindre d'une conduite qui leur semble répréhensible.

Quelques observations disent qu'il est nécessaire ou souhaitable de définir ce qu'il faut entendre par une plainte « frivole ou vexatoire », soit par voie législative, soit par l'intermédiaire de lignes directrices des ordres, à la fois par souci d'équité et pour éviter le rejet arbitraire de plaintes pour ces motifs. D'autres observations par contre défendent le point de vue opposé, disant que l'absence d'une telle définition laisse aux ordres de la marge dans l'application de ce critère au cas par cas. Il appartient au sous-comité chargé d'enquêter sur une plainte de prendre une décision à cet égard en s'appuyant sur le bon sens et sur son expérience.[26]

En ce qui a trait aux plaintes déposées pour le compte d'autrui, plusieurs observations soulignent l'importance de préserver la possibilité d'une telle démarche, en particulier pour le compte de personnes vulnérables, mineures, âgées ou atteintes d'une déficience physique ou mentale, ou encore pour le compte de personnes décédées. Plusieurs ont remarqué que la *Loi* ne définit par le terme « plaignant » et que ses dispositions sont de ce fait assez souples pour effectivement permettre le dépôt de plaintes pour le compte d'autrui.

[26] La décision de rejeter une plainte parce qu'elle est jugée frivole ou vexatoire peut faire l'objet d'un réexamen par la Commission de révision et d'appel des professions de la santé à la demande de la partie plaignante, de la partie mise en cause ou de l'ordre.

Parallèlement, un certain nombre d'observations soutiennent au contraire que ce type de plainte devrait être interdit, sauf lorsqu'elle émane de la représentante ou du représentant judiciaire ou encore de la tutrice ou du tuteur de la personne pour le compte de laquelle elle est déposée. Plusieurs voix se sont levées pour évoquer le conflit pouvant naître entre une patiente ou un patient et la personne qui se sent obligée de déposer une plainte non seulement pour son compte, mais pour le compte de la collectivité, si la patiente ou le patient n'est pas d'accord avec sa démarche. Une remarque faite à cet égard est que si la patiente ou le patient concerné s'oppose au dépôt d'une plainte, il pourrait être très difficile pour l'ordre concerné de mener une enquête ou d'entamer une procédure disciplinaire. Certains soutiennent même qu'aucune suite ne devrait être donnée à une plainte déposée pour le compte d'autrui si la patiente ou le patient concerné ne s'y associe pas de plein gré.

Un corollaire de la question des plaintes déposées pour le compte d'autrui est la protection des plaignants vulnérables. Différentes observations émanant de particuliers et de groupes de défense des patients ont souligné que bien des personnes se sentent trop faibles pour entamer un recours auprès d'un ordre et qu'il convient d'accorder une attention particulière aux plaintes déposées pour le compte de telles personnes vulnérables. La « vulnérabilité » est décrite dans les observations comme incluant une grande variété de personnes et de situations se distinguant par des caractéristiques variées, des plus personnelles au plus générales, y compris leur lieu de résidence.

Par ailleurs, quelques observations abordent la vulnérabilité sous l'angle des obstacles concrets au dépôt d'une plainte, notamment ceux auxquels se heurtent les personnes qui résident en établissement. Ces obstacles incluent l'absence de moyens (p. ex., l'impossibilité d'accéder à un téléphone), de vie privée (autrement dit, l'impossibilité de recevoir et de lire du courrier en provenance d'un ordre sans que d'autres le sachent), voire même de conscience du droit de porter plainte. Un argument soumis au Conseil consultatif est que le dépôt de plaintes pour le compte d'autrui est un mécanisme grâce auquel les personnes vulnérables peuvent espérer faire valoir leur droit de porter plainte contre une professionnelle ou un professionnel de la santé.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif mesure fort bien que si l'on veut faciliter l'accès à la procédure relative aux plaintes un minimum de souplesse et de discrétion s'imposent, tant pour les plaignants que pour les ordres auxquels il appartient de donner suite aux allégations d'inconduite et autres renseignements portés à leur connaissance.

Le Conseil consultatif trouve que l'adoption de définitions précises de ce qui constitue une « plainte » ou de qui peut être une plaignante ou un « plaignant » ne ferait rien pour promouvoir le principe de la protection contre les préjudices et les lésions ni celui de la responsabilité des professions. À son avis, la responsabilité des professions suppose que quiconque doit pouvoir déposer une plainte contre une personne membre d'une profession de la santé réglementée si la conduite ou les actes de cette personne ne semblent pas satisfaire à la norme d'exercice de sa profession. Une définition d'origine législative de ce qui constitue une « plainte » pourrait entraîner une interprétation restrictive du terme « plaignant » et, partant, empêcher certaines personnes d'exprimer des préoccupations ou des doléances tout à fait légitimes.

Pareillement, cela risquerait de réduire au silence bien des personnes qui pourraient avoir de bonnes raisons de signaler à un ordre une conduite ou des actions susceptibles de justifier pour le moins une enquête, sinon d'autres mesures, si par plaignante ou « plaignant » il fallait n'entendre qu'une personne ayant reçu les soins de la professionnelle ou du professionnel mis en cause.

De plus, le fait est que chaque interaction entre une professionnelle ou un professionnel de la santé et une personne recevant ses soins est différente, compte tenu des facteurs personnels et médicaux qui entrent en jeu. Il serait regrettable qu'un pointillisme concernant la définition légale de ce qui constitue une « plainte » ne créer des entraves arbitraires au signalement de soins pouvant laisser à désirer.

La capacité de porter plainte pour le compte d'autrui ne devrait pas non plus faire l'objet d'une restriction arbitraire en étant soumise à la condition d'une relation médicale préexistante avec la patiente ou le patient. Les professions étant réglementées dans l'intérêt du public, qui que ce soit voulant déposer une plainte doit pouvoir le faire pour protéger cet intérêt au même titre que les intérêts de la patiente ou du patient pour le compte de qui la plainte est déposée.

Il peut de toute évidence arriver qu'une patiente ou un patient, pour quelque raison que ce soit, ne veuille pas ou ne puisse pas porter plainte. Quoi qu'il en soit, il y va de l'intérêt public de vouloir protéger tous les membres de la collectivité contre les préjudices et les lésions. Le dépôt de plaintes pour le compte d'autrui est une façon de concilier l'intérêt public et les intérêts personnels, du moins dans certains cas.

L'autoréglementation des professions de la santé dans l'intérêt du public ne peut fonctionner que dans la mesure où les particuliers se prévalent de leur droit de faire jouer la procédure relative aux plaintes, pour leur propre compte ou pour le compte d'autrui. Le Conseil consultatif soutient qu'il existe présentement un équilibre acceptable entre l'intérêt public, les intérêts professionnels et les intérêts personnels en ce qui a trait à la nature d'une plainte.

3. Rapports d'enquête

Selon le paragraphe 26(1) du *Code*, une fois qu'un ordre a reçu une plainte, le membre qui fait l'objet d'une plainte (donc la partie mise en cause) peut présenter des observations par écrit au sous-comité dans les 30 jours suivant la réception de l'avis de la plainte. Présentement, rien n'autorise les personnes à l'origine d'une plainte ni celles mises en cause à donner leur avis sur la façon dont un ordre a consigné les données qu'elles lui ont fournies pour les besoins de son enquête.

Résultat des consultations

Un certain nombre d'observations trahissent des inquiétudes quant à la façon dont les ordres mènent leurs enquêtes. Des doutes existent quant à la question de savoir si toute l'information fournie par les plaignants et les professionnels mis en cause est bien transmise au sous-comité du comité des plaintes. Certains craignent que les plaignants ne bénéficient pas d'une procédure équitable. Quelques personnes se demandent si les enquêtes des ordres vont bien au fond des choses.

Analyse du Conseil consultatif

Dans son rapport au ministre sur les procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel, le Conseil consultatif insiste sur l'importance de veiller à ce que les personnes à l'origine d'une plainte aient confiance dans ces procédures et dans l'exactitude du relevé de leurs plaintes et de leurs déclarations aux enquêteuses ou enquêteurs des ordres. Le Conseil consultatif est d'avis que la meilleure façon de s'assurer de cette confiance était de donner l'occasion aux plaignants et aux professionnels mis en cause de faire des commentaires par écrit sur le relevé de leurs déclarations respectives par la personne que l'ordre a chargée de l'enquête, avant que le rapport de celle-ci ne soit remis au sous-comité du comité des plaintes. Le Conseil consultatif pense aussi que les membres du sous-comité devraient tenir compte de ces commentaires lors de leurs délibérations.

Le Conseil consultatif estime que dans le cas de plaintes pour faute professionnelle d'ordre général, les personnes à l'origine d'une plainte et les personnes visées par celle-ci devraient, les unes comme les autres, avoir pareillement le droit de réagir au rapport d'enquête. L'étape de l'enquête sur une plainte vise surtout la collecte de données et le Conseil consultatif est arrivé à la conclusion que le fait d'offrir aux parties concernées le droit de faire des commentaires à propos de l'information qu'elles ont elles-mêmes fournie sera un moyen de corriger d'éventuelles erreurs survenues durant l'enquête. Cela rassurera aussi les plaignants comme les membres des professions mis en cause quant à l'exactitude du relevé de leurs déclarations. De plus, le droit de faire des commentaires au sujet du relevé de leurs déclarations par la personne chargée de l'enquête renforce la responsabilité des professions de la santé, vu que leurs rapports d'enquête pourront faire l'objet d'un examen minutieux.

Enfin, le Conseil consultatif maintient que pour encourager les plaignants à se manifester et à se prévaloir de la procédure, il faut leur faire comprendre que la possibilité leur sera donnée de pleinement se faire entendre et que le sous-comité chargé de statuer sur leur plainte le fera à la lumière de renseignements parfaitement clairs. Le Conseil consultatif s'attend à ce que la remise de ces renseignements additionnels au comité des plaintes panel produise deux effets : premièrement, son sous-comité pourra se faire une idée plus précise et complète de la plainte et, deuxièmement, les parties concernées seront assurées de l'exactitude de l'information dont le sous-comité est saisi.

Qui plus est, le Conseil consultatif pense que donner aux plaignants comme aux professionnels mis en cause l'occasion de faire des commentaires à propos de certains renseignements plus tôt dans la procédure devrait permettre d'éviter que celle-ci ne s'éternise en réduisant les décisions portées en appel devant la Commission d'appel et de révision des professions de la santé.

Le Conseil consultatif n'ignore pas que sa recommandation concernant le droit de réagir aux rapports d'enquête signifie que plus de temps devra être consacré au traitement des plaintes. En conséquence, il recommande que le délai actuel de 120 jours pour statuer sur une plainte soit allongé de 30 jours.

En dernière analyse, il sera toutefois difficile d'établir un délai exact sans connaître les meilleures pratiques dans le domaine. Le Conseil consultatif est convaincu que les ordres font leur possible pour traiter les plaintes de façon prompte, mais équitable. Une surveillance et une

évaluation continues, telles que discutées au chapitre 10, s'imposent si l'on veut que les plaintes soient traitées dans les meilleurs délais pour toutes les parties concernées.

Recommandations du Conseil consultatif

23. **Que l'article 26 du *Code* soit modifié de sorte à permettre aux plaignants comme aux membres des professions mis en cause de réagir par écrit au relevé de leurs déclarations respectives par la personne chargée de l'enquête dans les 30 jours suivant la réception d'une copie de ce relevé et que leurs commentaires à cet égard fassent partie des documents remis au sous-comité du comité des plaintes avant que celui-ci ne statue sur la plainte.**
24. **Que l'article 28 du *Code* soit modifié de sorte à exiger qu'un sous-comité statue sur une plainte dans les 150 jours qui suivent son dépôt.**

4. Délai pour statuer sur une plainte

L'article 28 du *Code* prévoit que le sous-comité du comité des plaintes statue sur la plainte dans les 120 jours qui suivent son dépôt.

Résultat des consultations

Les observations écrites et les discussions ultérieures lors des tables rondes auxquelles le Conseil consultatif a convié les ordres et le public ont mis en lumière un mécontentement général face à la durée de traitement des plaintes, tant chez les plaignants que chez les membres des professions mis en cause et les ordres qui régissent leurs professions. Les particuliers sont les plus consternés par le temps qui s'écoule avant qu'une plainte ne soit réglée de façon définitive.

Plusieurs observations signalent les problèmes associés aux retards dans le traitement des plaines et le fait que certains ordres avisent les personnes à l'origine d'une plainte d'entrée de jeu que la procédure risque de durer deux ans, sinon plus. Quelques observations soutiennent que 120 jours est un délai amplement suffisant pour arriver à une conclusion quant au bien-fondé d'une plainte. Les délais d'attente actuels causent trop de stress pour les personnes concernées et minent leur confiance dans la capacité des ordres de régir leurs membres.

Du point de vue des membres d'une profession de la santé, les retards dans le règlement d'une plainte sont non seulement une source de stress, mais une entrave à l'équité.

Parmi les observations émanant des ordres, plusieurs laissent entendre que le délai de 120 jours est tout simplement trop court pour mener l'enquête requise, donner les avis prescrits aux membres d'une profession concernés et obtenir des compléments d'information des plaignants. S'il est vrai que certains ordres parviennent à respecter ce délai de 120 jours, la plupart le dépassent immanquablement.

Bien que presque tout le monde ait émis des réserves quant au délai imparti pour statuer sur une plainte, plusieurs observations conviennent de la nécessité d'un tel délai pour éviter les retards injustifiés et donner à la procédure un minimum de rigueur et de prévisibilité.

Analyse du Conseil consultatif

Dans son rapport sur les procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel, le Conseil consultatif reconnaît que la plupart des ordres ont du mal à respecter le délai de 120 jours pour statuer sur une plainte. Il ressort clairement des observations présentées en réponse au document de consultation, *Question d'équilibre*, que de l'expérience de la plupart des plaignants, les ordres ne satisfont en général pas à cette exigence de la *Loi*.

De toute évidence, il faut trouver un juste équilibre entre la nécessité de régler les plaintes dans les meilleurs délais possibles et celle de prévoir assez de temps pour que les professionnels mis en cause puissent répondre aux allégations formulées à leur égard et que les ordres compétents puissent mener une enquête convenable. Le Conseil consultatif juge bon de renouveler à l'égard des plaintes d'ordre général sa recommandation relative au délai pour statuer sur les plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel. À son sens, dans un cas comme dans l'autre, il importe d'informer les personnes à l'origine d'une plainte des raisons d'un éventuel retard et de leur communiquer une nouvelle date limite pour le règlement de la plainte les concernant.

Conformément à ce qui est expliqué plus en détail au chapitre 10, la surveillance et l'évaluation des délais inhérents à la procédure relative aux plaintes sont deux éléments à la clef d'un maximum d'équité et d'efficience.

Recommandation du Conseil consultatif

25. **Que le *Code* soit modifié de sorte à exiger des ordres que s'ils ne sont pas en mesure de respecter un délai imparti par la *Loi*, ils en avisent la personne à l'origine d'une plainte et la professionnelle ou le professionnel mis en cause en leur communiquant les raisons du retard, de même qu'une nouvelle date limite pour le règlement de la plainte.**

5. Renvoi d'une question au comité de discipline

À l'heure actuelle, le *Code* prévoit qu'un sous-comité rende sa décision à l'égard d'une plainte après « après avoir fait enquête sur une plainte [...], avoir étudié les observations du membre et avoir examiné ou avoir fait des efforts raisonnables pour examiner tous les documents et éléments d'information qui, selon lui, se rapportent à la plainte.... »[27]

Le sous-comité mène donc une « enquête » sur la plainte, puis il « étudie » les documents et éléments d'information s'y rapportant. Il ne tient toutefois aucune « audience », car il n'est pas tenu de le faire. Son étude d'une plainte est entièrement basée sur des écrits. Le *Code* n'établit pas le moindre critère auquel une plainte doit satisfaire pour justifier son renvoi au comité de discipline.

Résultat des consultations

Le Conseil consultatif a lu dans plusieurs observations que les personnes dont la plainte a été rejetée ne comprennent pas toujours très bien pourquoi. Peu de gens semblent savoir quels critères juridiques déterminent si une plainte est renvoyée au comité de discipline ou non.

[27] Paragraphe 26(2) du *Code*

Quelques particuliers et groupes de défense disent que trop peu de plaintes sont renvoyées au comité de discipline.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif a pris conscience de la confusion qui règne à propos des critères juridiques de renvoi d'une plainte au comité de discipline lors de son étude des procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel. Sa recommandation dans son rapport à cet égard était que la *Loi* énonce ces critères de façon explicite.

Le Conseil consultatif estime que son raisonnement à la base de cette recommandation s'applique pareillement aux plaintes pour faute professionnelle d'ordre général. Autrement dit, pour ce qui est du renvoi d'une plainte au comité de discipline, la *Loi* devrait clairement énoncer les critères le justifiant, étant entendu, d'une part, que ces critères doivent être aisément vérifiables et, d'autre part, qu'ils doivent tenir compte à la fois de la gravité de la conduite en question et de la qualité et quantité suffisante de la preuve admissible. Ni le bureau, ni le comité des plaintes ne décide de la crédibilité des renseignements qui lui sont présentés. La question qui est tranchée est plutôt celle de savoir si les allégations sont assez graves et si la preuve admissible est suffisante pour renvoyer la question au comité de discipline. Lorsqu'une plainte satisfait à ces deux critères, elle devrait faire l'objet d'un tel renvoi.

Recommandation du Conseil consultatif

26. Que les articles 26 et 36 soient modifiés de sorte à exiger que le comité saisi d'une plainte ou de toute autre allégation de faute professionnelle renvoie la question au comité de discipline s'il est convaincu que : (1) l'ordre ou le sous-comité chargé d'étudier l'allégation juge que celle-ci est grave et (2) les renseignements fournis à l'appui de la plainte ou autre rapport et les renseignements recueillis par la suite lors d'une enquête constituent une preuve admissible susceptible d'amener le sous-comité du comité de discipline à conclure qu'il y a bien eu faute professionnelle.

6. Pouvoirs d'un sous-comité du comité des plaintes

Tout sous-comité du comité des plaintes est investi des pouvoirs suivants en vertu du *Code* :

- enquêter sur les plaintes;
- renvoyer les plaintes au comité de discipline;
- adresser les membres au bureau aux fins de procédures pour incapacité;
- délivrer des avertissements aux membres;
- prendre toute mesure qu'il estime opportune et qui n'est pas incompatible avec la loi sur une profession de la santé applicable, le *Code*, les règlements ou les règlements administratifs;
- renvoyer l'affaire au comité d'assurance de la qualité si la plainte porte sur des mauvais traitements d'ordre sexuel au sens de l'alinéa 1(3) c) du *Code*;
- ne prendre aucune mesure à l'égard de la plainte s'il estime qu'elle est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi, ou qu'elle constitue par ailleurs un usage abusif de la procédure.[28]

[28] Articles 25 et 26 du *Code*

Résultat des consultations

Bon nombre des observations présentées au Conseil consultatif abordent les pouvoirs du comité des plaintes et de ses sous-comités et ce faisant, soulèvent des questions de poids non seulement à propos des pouvoirs d'un tel sous-comité, mais aussi de ses responsabilités.

L'un des sujets les plus fréquents, sinon le plus fréquent, mis sur le tapis est le rôle du comité des plaintes en matière d'examen préliminaire des plaintes, de même que la question de savoir s'il dispose de pouvoirs suffisants pour s'en acquitter. Les observations qui soulèvent ce point parlent aussi souvent de la nécessité de recadrer le rôle du comité des plaintes comme étant un comité qui « étudie » les plaintes, plutôt que de « faire enquête » sur elles. On y lit à l'occasion qu'il faudrait conférer au comité des plaintes le pouvoir explicite d'ordonner aux professionnels dont les soins s'avèrent ne pas satisfaire aux normes d'exercice de leur profession de remédier à cette situation, de même que la capacité de conclure des ententes avec ces personnes concernant la supervision ou l'exécution des mesures de remédiation auxquelles elles s'engagent pour y parvenir.

D'autres observations abordent le rôle du comité des plaintes dans le processus de règlement à l'amiable et son rôle correspondant concernant les mesures de remédiation. Certaines notent que le règlement des plaintes par voie de médiation dès le début de la procédure contribue à la fois à rehausser l'efficience de celle-ci et la satisfaction des plaignants concernant sa rapidité. Une autre remarque relevée parmi les observations est qu'il serait préférable de rejeter les plaintes frivoles ou vexatoires au plus tôt dans la procédure relative aux plaintes par souci d'efficience administrative et d'équité envers la professionnelle ou le professionnel mis en cause.

Analyse du Conseil consultatif

Dans son rapport sur les procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel, le Conseil consultatif recommande de modifier le *Code* de sorte à ce qu'il stipule que la registrateure ou le registrateur d'un ordre se charge « d'enquêter » sur une plainte et que le sous-comité du comité des plaintes se charge « d'étudier » les résultats de l'enquête avant de statuer sur la plainte conformément aux pouvoirs dont il est investi.

Le Conseil consultatif maintient que cette nouvelle répartition des fonctions devrait s'appliquer à toutes les plaintes, de quelque nature qu'elles soient. La modification proposée reflète ce qui se passe déjà dans la plupart des ordres, alors que les sous-comités des comités des plaintes prennent de plus en plus l'aspect d'entités judiciaires.

Parallèlement, le Conseil consultatif mesure toute l'importance de veiller à ce que les ordres répondent de l'intégrité de leurs enquêtes du début jusqu'à la fin. En conséquence, il recommande également d'exiger que le comité des plaintes supervise le traitement de toutes les plaintes. Les principes à la base de la régie autonome des professions impliquent que les membres élus ou nommés du conseil et des comités d'un ordre sont en dernière analyse responsables des activités de ce dernier.

Un autre sujet maintes fois repris tout au long des consultations associées à la présente étude est le recours au processus de règlement à l'amiable des plaintes. Le Conseil consultatif a appris que les ordres n'agissent pas tous de la même façon à cet égard et qu'ils n'utilisent pas le même vocabulaire pour en parler. Dans son rapport sur les procédures relatives aux plaintes et à la

discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel, le Conseil consultatif recommande d'imposer certaines restrictions au recours aux règlements à l'amiable, de soumettre les règlements à l'amiable à l'approbation du comité et d'assortir les règlements à l'amiable d'obligations très strictes concernant la publication de ce qu'ils prévoient en matière de remédiation.

Quoi qu'il en soit, le Conseil consultatif maintient que pour garantir la responsabilité des professions et la protection du public contre les préjudices et les lésions, tous les règlements à l'amiable prévoyant une remédiation quelconque devraient être ajoutés aux renseignements figurant au tableau des ordres qui sont mis à la disposition du public. De plus, le Conseil consultatif insiste sur le fait que tout règlement à l'amiable antérieur au renvoi d'une question au comité de discipline soit soumis à l'approbation d'un sous-comité du comité des plaintes.

Soucieux de veiller à ce que les ordres ne recourent à un processus de règlement à l'amiable que dans les situations qui s'y prêtent et suivent des lignes directrices bien claires quant à la manière d'identifier ces situations, le Conseil consultatif préconise que les catégories de plaintes pouvant faire l'objet d'un tel règlement soient énoncées dans le *Code*, étant entendu que les conduites qu'un ordre jugerait grave en seraient exclues d'office. Les situations en question devraient se limiter à des écarts de conduite mineurs n'ayant causé ni préjudice, ni lésion et ne donnant naissance à aucune inquiétude sérieuse concernant la possibilité d'une faute professionnelle ou d'un manquement systématique aux normes d'exercice d'un profession.

Vu l'importance de l'assurance de la qualité et sa place de premier plan dans le système de réglementation établi par la *Loi*, il pourrait dans bien des cas s'avérer possible de régler les plaintes en les renvoyant sans tarder au comité d'assurance de la qualité, plutôt qu'au comité de discipline. Il est indéniable que les mécanismes d'assurance de la qualité s'appliquent à un plus grand nombre de plaintes que la procédure relative à la discipline. En conséquence, il conviendrait de donner aux sous-comités d'un comité des plaintes l'option de renvoyer une plainte au comité d'assurance de la qualité.

Recommandations du Conseil consultatif

27. **Que l'article 25 du *Code* soit modifié sorte à prévoir que la registrateure ou le registrateur d'un ordre se charge d'enquêter sur une plainte et que le sous-comité du comité des plaintes étudie les résultats de son enquête.**
28. **Que le *Code* soit modifié de manière à charger soit le comité des plaintes, soit le bureau, de superviser l'avancement de la procédure relative aux plaintes et de veiller au règlement définitif de l'ensemble des plaintes dans les meilleurs délais.**
29. **Que l'article 23 du *Code* soit modifié de sorte à soumettre tous les règlements à l'amiable à l'approbation d'un sous-comité du comité des plaintes et à prévoir la publication des engagements en matière de remédiation dans la partie du tableau mise à la disposition du public.**
30. **Que le *Code* soit modifié de sorte à stipuler expressément que le recours à un processus de règlement à l'amiable est réservé aux plaintes portant sur des problèmes de communication, de documentation ou de tenue des dossiers, de conduite inconvenante sans autre manquement grave aux normes d'exercice, de manquement ponctuel aux normes d'exercice n'ayant pas causé de préjudices ou de**

lésions graves, de manquement au secret professionnel, de conflits d'intérêts et d'autres comportements ne trahissant aucune irrégularité systématique.

31. Que l'article 26 du *Code* soit modifié de sorte à y inclure une disposition autorisant expressément les sous-comités d'un comité des plaintes à adresser une professionnelle ou un professionnel de la santé au comité d'assurance de la qualité en vue d'une évaluation de ses compétences ou de l'imposition des mesures de remédiation qui peuvent s'imposer, voire les deux.

7. Ordonnances de suspension provisoire ou de restriction d'un certificat d'inscription

Selon l'article 37 du *Code*, le bureau peut rendre une ordonnance provisoire enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription d'une ou un membre ou de l'assortir de conditions ou de restrictions si, d'une part, une allégation est renvoyée au comité de discipline et, d'autre part, il est d'avis que la conduite du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures. Une telle ordonnance ne peut toutefois être rendue qu'à condition que la professionnelle ou le professionnel concerné ait été avisé de l'intention du bureau de rendre l'ordonnance et qu'elle ou il ait bénéficié d'un délai d'au moins quatorze jours pour présenter des observations par écrit.

Résultat des consultations

Un certain nombre d'observations ont abordé le sujet des ordonnances de suspension provisoire ou de restriction d'un certificat d'inscription. On y lit entre autres que la procédure s'y rapportant est trop lourde, parce que le bureau doit « former l'intention » de rendre l'ordonnance et donner un préavis de celle-ci. Certains affirment par ailleurs que le délai de 14 jours accordé aux membres mis en cause ne les incite guère à répondre immédiatement. Ces deux exigences empêchent les ordres d'agir rapidement pour prévenir tout préjudice ou lésion. Seul le bureau est présentement habilité à rendre une telle ordonnance et des voix se sont levées pour réclamer que la registrateure ou le registrateur d'un ordre puisse en faire autant. Enfin, le Conseil consultatif a eu connaissance d'inquiétudes à propos du critère applicable, à savoir que la conduite d'une professionnelle ou d'un professionnel « exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures », que beaucoup jugent trop difficile à satisfaire.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif admet que les ordonnances de suspension provisoire et de restriction d'un certificat d'inscription peuvent s'avérer être des outils très efficaces pour protéger le public contre les préjudices et les lésions en attendant qu'un comité de discipline statue sur une plainte de façon définitive. Ceci étant dit, il est essentiel que la procédure menant à une telle ordonnance soit expéditive et équitable. Le Conseil consultatif estime qu'il est préférable de laisser aux membres du conseil d'un ordre et non aux membres de son personnel, comme par exemple un registrateur, la décision de rendre une ordonnance ayant pour effet de suspendre provisoirement un certificat d'inscription ou de l'assortir de restrictions.

En conséquence, le Conseil consultatif préconise de laisser au bureau le pouvoir de délivrer une ordonnance de suspension provisoire ou de restriction d'un certificat d'inscription. De plus, étant donné ses recommandations relatives à la restructuration des comités des ordres formulées au chapitre 5 du présent rapport, le Conseil consultatif juge également approprié de conférer ce même pouvoir au comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes dont il recommande la création.

Par souci d'efficacité, il faudrait par ailleurs qu'une telle ordonnance puisse être rendue immédiatement dans les situations où soit le bureau, soit le comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes est convaincu que la conduite d'une professionnelle ou d'un professionnel exposera ses patients à un préjudice ou à des blessures. La lourdeur de la procédure actuelle compromet manifestement son efficacité.

Pour éviter l'usage abusif de la procédure et calmer toute autre appréhension concernant la procédure, le Conseil consultatif recommande que la décision de rendre une telle ordonnance soit basée sur une « prépondérance des probabilités » que sans elle, une patiente ou un patient subira un préjudice ou une blessure. La « prépondérance des probabilités » constitue un critère préférable car moins équivoque que ce qui est prévu actuellement, à savoir un « avis que la conduite du membre expose ou exposera vraisemblablement », qui donne à penser à la possibilité d'un plus grand degré de certitude. De plus, le Conseil consultatif juge qu'il faudrait divulguer à la professionnelle ou au professionnel mis en cause l'ensemble des renseignements que le comité a pris en considération avant de rendre son ordonnance.

Afin d'accélérer la procédure, le Conseil consultatif préconise qu'au lieu d'accorder un délai de 14 jours à une professionnelle ou un professionnel mis en cause pour présenter des observations avant qu'une ordonnance ne soit délivrée, un nouveau mécanisme soit mis en place prévoyant la possibilité d'un réexamen de la décision de rendre une ordonnance si la professionnelle ou le professionnel concerné le demande dans les trois jours qui suivent la réception de l'avis d'intention de rendre l'ordonnance. Il s'agirait que l'ordonnance s'annule si le comité censé la délivrer ne réexamine pas sa décision et les éventuelles observations écrites de la professionnelle ou du professionnel concerné dans les trois jours suivant la demande de réexamen. L'ordre compétent pourrait ainsi agir plus rapidement pour protéger les patients, vu que le délai total prévu pour demander et effectuer un réexamen de l'ordonnance serait de seulement six jours. Rien n'exigerait la tenue d'une audience à ce stade.

Le Conseil consultatif estime par ailleurs qu'une ordonnance de suspension provisoire ou de restriction d'un certificat d'inscription devrait expirer au bout de 12 mois si l'affaire ayant donné lieu à sa délivrance n'a pas fait l'objet d'une audience disciplinaire pendant ce laps de temps. Cette nouveauté sera garante d'équité envers les professionnels mis en cause, car elle accélérera l'audience disciplinaire.

Le Conseil consultatif est arrivé à la conclusion que le fait d'investir les ordres du pouvoir de rendre une ordonnance de suspension provisoire ou de restriction d'un certificat d'inscription sans tarder, mais sous réserve d'un réexamen, aura l'avantage de protéger le public dans les rares circonstances où une mesure immédiate s'impose. Il considère de plus que cette nouvelle procédure de suspension provisoire et de restriction des certificats d'inscription devrait également s'appliquer aux cas d'incapacité.

Recommandations du Conseil consultatif

32. Que les articles 37 et 62 du *Code* soient modifiés de sorte à permettre soit au bureau, soit au comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes de rendre une ordonnance ayant immédiatement pour effet d'assortir un certificat d'inscription de restrictions ou de le suspendre de façon provisoire s'il est convaincu, selon la

prépondérance des probabilités, que la conduite d'une ou d'un membre de l'ordre exposerait autrement ses patients à un préjudice ou à des blessures.

33. **Que les articles 37 et 63 soient modifiés de sorte à exiger qu'au moment de rendre une ordonnance, le comité divulgue à la professionnelle ou au professionnel visé par celle-ci tous les renseignements ou documents pertinents sur lesquels il a basé sa décision de rendre l'ordonnance et l'informe de son droit de demander un réexamen de l'ordonnance dans les trois jours qui suivent.**

34. **Que les articles 37 et 63 du *Code* soient modifiés de sorte à établir, d'une part, que la professionnelle ou le professionnel visé par une ordonnance de suspension provisoire ou de restriction de son certificat d'inscription a trois jours à compter de la date à laquelle celle-ci lui est signifiée pour demander au comité ou au sous-comité l'ayant rendue de la réexaminer et, d'autre part, que si le comité ou le sous-comité manque de réexaminer l'ordonnance dans les trois jours qui suivent sa demande, l'ordonnance s'annule.**

35. **Que les paragraphes 37(3) et 62(3) du *Code* soient modifiés de sorte à préciser qu'une ordonnance expire le jour où le comité de discipline statue sur la plainte de façon définitive et au plus tard au bout de 12 mois si le comité de discipline n'a pas fait connaître sa décision passé ce délai.**

8. Appels devant la Commission d'appel et de révision des professions de la santé

Aux termes de l'article 29 du *Code*, une plaignante ou un plaignant ou la personne membre d'une profession de la santé qui fait l'objet de la plainte peut demander un réexamen d'une décision d'un sous-comité du comité des plaintes, sauf si la décision soit renvoyait une allégation de faute professionnelle ou d'incompétence au comité de discipline, soit adressait le membre au bureau aux fins de procédures pour incapacité. La plaignante ou le plaignant et la professionnelle ou le professionnel qui fait l'objet de la plainte sont parties à un réexamen, de même qu'une représentante ou un représentant de l'ordre, si la Commission d'appel et de révision des professions de la santé (la « Commission ») l'exige. Lors d'un réexamen, la Commission prend en considération l'un et l'autre, ou un seul, des éléments suivants, à savoir le caractère adéquat de l'enquête menée ou le caractère raisonnable de la décision.

Après avoir effectué le réexamen d'une décision, la Commission peut prendre l'une ou l'autre, ou plusieurs, des mesures suivantes : confirmer la décision, en totalité ou en partie; faire les recommandations qu'elle estime opportunes à l'intention du comité des plaintes; exiger du comité des plaintes qu'il prenne toute mesure qu'il est habilité à prendre en vertu de la *Loi*, sauf s'il s'agit de demander au registrateur de mener une enquête.[29]

En cas de demande de réexamen, l'article 32 du *Code* dicte à l'ordre concerné de fournir un compte rendu de l'enquête, ainsi que les documents et choses sur lesquels la décision était fondée. Le *Code* prescrit la divulgation de ces renseignements à toutes les parties concernées, mis à part les exceptions prévues au paragraphe 32(3). La Commission peut toutefois tenir compte d'autres renseignements aux fins du réexamen demandé et, présentement, aucune disposition de la *Loi* n'exige expressément qu'elle divulgue ces renseignements additionnels en temps opportun.

[29] Paragraphe 35(1) du *Code*.

La Commission a essentiellement pour responsabilité de procéder au réexamen de certaines décisions du comité des plaintes ou du comité d'inscription, lorsque la demande lui en est faite. En réponse à l'invitation qu'il avait lancée dans son document de consultation, *Question d'équilibre*, le Conseil consultatif a reçu quantité d'observations quant au rôle et aux responsabilités de la Commission, et notamment sur l'opportunité de ses réexamens, de ses audiences et de ses décisions.

Résultat des consultations

Parmi les personnes et organismes ayant participé aux consultations qui ont fait des observations à propos de la Commission, la plupart, principalement des particuliers, déplorent qu'il faille attendre si longtemps avant qu'une affaire soit entendue par la Commission, certains disant que cela prend facilement 12 à 18 mois. De nombreuses voix se sont aussi levées pour dénoncer la lenteur avec laquelle une décision de la Commission est communiquée aux personnes intéressées.

Plusieurs observations abordent les réexamens par la Commission sous l'angle de l'équité. On y lit que les personnes qui veulent demander le réexamen d'une décision du comité des plaintes ou du comité d'inscription doivent en aviser la Commission dans les 30 jours qui suivent la date où la décision leur est signifiée, tandis que la Commission n'est astreinte à aucun délai pour ce qui est de tenir une audience ou de faire connaître sa décision. Selon les auteurs de ces observations, de telles différences en matière de procédure sont inacceptables, car contraires à l'équité, et il conviendrait de modifier la *Loi* de sorte à soumettre la Commission à des délais précis pour ce qui est de procéder aux réexamens qui lui sont demandés et d'en communiquer le résultat aux personnes intéressées.

Enfin, le Conseil consultatif a reçu un certain nombre d'observations concernant la divulgation de documents et le rôle que les ordres devraient jouer à l'égard des réexamens. Quelques ordres se sentent lésés de ne pas pouvoir de plein droit faire des observations à la Commission. Plusieurs particuliers pensent que les instances de la Commission intimident les plaignants, qui ont de toutes façons le sentiment que celle-ci prend toujours parti pour les ordres.

Analyse du Conseil consultatif

Suite à une rencontre avec le président de la Commission, le Conseil consultatif constate avec satisfaction que celle-ci a déployé beaucoup d'efforts et de moyens pour réduire le nombre de dossiers en instance de réexamen et qu'elle tranche donc plus rapidement les questions qui lui sont soumises.

Le délai d'attente avant que la Commission ne réexamine une décision ou ne tienne une audience a beaucoup rétréci durant l'année écoulée. Présentement, il est de moins de six mois, voire de moins de trois mois pour les affaires les plus simples. Cette amélioration est en partie attribuable à l'application de la *Loi de 1999 visant à réduire les formalités administratives*. Selon la Commission, celle-ci lui a entre autres permis d'adopter ses propres règles de pratique et de déléguer l'audition des questions qui lui sont soumises à des sous-comités composés d'une seule personne.

En 1999, la Commission a été saisie d'un plus grand nombre de décisions des comités des plaintes et des comités d'inscription que dans les deux années précédentes réunies. À la fin de

1999, le rythme de ses réexamens et de ses audiences avait doublé. Le nombre de décisions qu'elle a rendues cette année-là par rapport à 1998 avait grimpé de quarante-neuf pour cent. Le délai d'attente pour un réexamen était passé de 18 ou 20 mois à une moyenne de 15,5 mois.

Ces progrès s'expliquent aussi par une hausse de 18,8 pour 100 du nombre de jours de travail des membres de la Commission et par l'embauche de personnel additionnel représentant une personne et demie en équivalent temps plein. Enfin, la Commission a pris une série d'initiatives administratives et décisionnelles majeures, adopté pour la première fois ses propres règles de pratique, produit des lignes directrices pour la rédaction des décisions, nettement amélioré son processus de divulgation des renseignements et répondu aux besoins de ses membres en matière d'éducation.

Le Conseil consultatif félicite la Commission de tous ses efforts pour améliorer ses processus administratifs et traiter ses dossiers en souffrance. Il est néanmoins d'avis qu'une modification du processus de réexamen s'impose de sorte à donner aux ordres le droit d'y participer de plein droit. Les ordres sont responsables de l'enquête et devraient donc pouvoir faire entendre leur position avant qu'une décision ne soit rendue concernant cette enquête. De plus, vu que la Commission peut ordonner au comité des plaintes ou à l'un de ses sous-comités de prendre un certain nombre de mesures, il ne semble que juste de donner aux ordres l'occasion de se faire entendre avant la délivrance d'une telle ordonnance.

Ce qui compte avant tout, c'est que la procédure de la Commission, bien que sommaire, soit parfaitement équitable et assez souple pour toutes les parties intéressées par le réexamen. C'est pourquoi le Conseil consultatif préconise que la personne qui porte un appel devant la Commission en donne un avis motivé, accompagné d'un énoncé bien clair de la preuve à l'appui de son appel. Cette façon de faire garantira une procédure équitable à toutes les personnes concernées en veillant à ce qu'elles soient bien informées des questions soumises à un réexamen.

Le Conseil consultatif est favorable à la divulgation complète et en temps utile des éléments matériels qui doivent être pris en considération lors d'un réexamen, sous réserve des exceptions prévues au paragraphe 32(3) du *Code*, qui énumère les documents que la Commission peut refuser de divulguer.[30] Il y va du principe d'équité que toutes les personnes concernées aient connaissance de tout renseignement dont le comité de l'ordre n'a pas préalablement eu connaissance, afin qu'elles puissent se préparer à l'audience de réexamen.

Recommandations du Conseil consultatif

36. Que le paragraphe 29(4) du *Code* soit modifié de sorte que l'ordre compétent soit partie au réexamen d'une décision relative à une plainte, avec les mêmes droits et obligations que les autres parties.

37. Que l'article 29 du *Code* soit modifié de sorte à exiger que la personne qui interjette appel d'une décision du sous-comité du comité des plaintes en donne un avis motivé, accompagné d'un énoncé bien clair de la preuve à l'appui de son appel.

[30] La Commission peut refuser de divulguer « tout ce qui, à son avis, risque, selon le cas : a) d'entraîner la divulgation de questions touchant à la sécurité publique; b) d'ébranler l'intégrité du processus d'enquête sur la plainte et de réexamen; c) de divulguer des questions financières, personnelles ou autres de nature telle qu'il vaut mieux éviter leur divulgation dans l'intérêt de toute personne intéressée ou dans l'intérêt public qu'adhérer au principe selon lequel la divulgation doit avoir lieu; d) de léser une personne engagée dans une instance criminelle ou dans une poursuite ou instance civile; e) de mettre en danger la sécurité de quiconque. »

38. Que l'article 33 du *Code* soit modifié de sorte à exiger la divulgation aux parties à un réexamen, au moins 10 jours avant celui-ci, de tous les documents, nouveaux ou autres, devant être pris en considération lors du réexamen, sous réserve des exceptions prévues au paragraphe 32(3) du *Code*.

Section 2. Procédure relative à la discipline pour faute professionnelle d'ordre général

La procédure relative à la discipline mise en place par la *Loi* représente l'un des aspects les plus rigoureux de la réglementation des professions de la santé, vu qu'elle a rapport à des questions de faute professionnelle. Eu égard à son assise juridique, elle représente ce qu'il est convenu d'appeler une procédure contradictoire. Son déroulement vise à garantir une audience équitable.

Pour les besoins de la présente étude, le Conseil consultatif a subdivisé la procédure relative à la discipline en ses principales composantes, avant de les examiner une à une, à savoir : (9) la composition et les pouvoirs du sous-comité du comité de discipline, (10) les parties, (11) la preuve, (12) la procédure d'audience, (13) les ordonnances et (14) les appels.

9. Composition et pouvoirs d'un sous-comité du comité de discipline

À l'heure actuelle, conformément à l'article 38 du *Code*, un sous-comité du comité de discipline se compose d'au moins trois et d'au plus cinq personnes. Deux de ses membres au moins doivent être des membres du public. En conséquence, un sous-comité ne peut comporter une majorité de membres d'une profession de la santé que lorsqu'il siège avec le nombre maximum de membres, soit cinq.

Résultat des consultations

Une grande partie des observations formulées à l'égard du comité des plaintes s'appliquent aussi aux sous-comités du comité de discipline. La présence de membres du public au sein de ces sous-comités est par exemple une fois de plus perçue comme essentielle à la responsabilité des professions. Pareillement, plusieurs observations soulignent la nécessité de maintenir l'exigence que lorsqu'un sous-comité du comité de discipline siège avec cinq membres, deux de ces membres soient obligatoirement des membres du public.

Les observations de M. George Belza incorporées à la question de M^{me} Arndt soumise au Conseil consultatif par voie ministérielle proposent de prévoir une majorité de membres du public au sein des sous-comités du comité de discipline. D'autres suggèrent également qu'il faudrait augmenter la représentation du public aux sous-comités des comités de discipline, voire que la sélection des membres du public appelés à siéger à ces sous-comités se fasse au hasard parmi les membres de l'ordre partout dans la province. Enfin, plusieurs observations ont insisté sur la nécessité d'offrir aux membres des sous-comités une formation et un soutien suffisants pour leur permettre de s'acquitter convenablement de leur rôle.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif s'est déjà prononcé sur l'importance du modèle d'autoréglementation actuel pour ce qui est d'assurer la direction des professions de la santé visées par la *Loi*. Ce modèle inclut le droit de tout membre d'une profession de la santé accusé de faute professionnelle d'être jugé par ses pairs et l'obligation de respecter ce droit. De ce fait, le Conseil

consultatif préconise de laisser inchangée la proportion actuelle de membres des deux catégories, autrement dit qu'au sein d'un sous-comité du comité de discipline composé de cinq personnes, trois de ces personnes soient toujours des membres d'une profession de la santé.

10. Statut de partie des plaignants

Aux termes de l'article 41 du *Code*, sont parties à l'audience du comité de discipline la membre ou le membre contre lequel des allégations ont été faites, de même que l'ordre qui régit sa profession.

Résultat des consultations

Quelques-unes des observations soumises au Conseil consultatif s'opposent à l'idée d'octroyer aux plaignants le statut de partie, autrement dit la qualité pour agir, lors des audiences disciplinaires, tandis que d'autres prennent position en faveur de cette idée. D'un côté, l'argument est avancé qu'il appartient aux ordres de poursuivre leurs membres en faute et de représenter la position des plaignants devant le sous-comité du comité de discipline, d'où la conclusion que les plaignants n'ont pas besoin d'avoir qualité pour agir. L'accent a également été mis sur la responsabilité des ordres de représenter l'intérêt public plutôt que la partie plaignante, vu que la procédure d'audience vise à assurer la protection du public.

Les auteurs de certaines observations soutiennent par ailleurs que d'accorder aux plaignants le statut de partie lors des audiences disciplinaires ne ferait qu'ajouter à la complexité de celles-ci, avec ce qui s'en suivrait comme retards et comme coûts additionnels. Par ailleurs, quelques observations soulèvent la question de l'équité de la procédure vis-à-vis des professionnels mis en cause, qui pourraient avoir l'impression de faire face à deux poursuivants plutôt qu'un si les plaignants avaient qualité pour agir.

D'un autre côté, plusieurs observations sont favorables à l'idée que les plaignants aient qualité pour agir, et ce pour plusieurs raisons : mieux informer les plaignants du déroulement des instances, leur permettre dans une certaine mesure d'intervenir directement dans le processus de prise de décision, éviter tout conflit d'intérêts réel ou perçu de la part des ordres parfois soupçonnés d'arranger les choses avec les membres pour minimiser leur sanction et enfin, reconnaître que les enjeux pour les plaignants lors d'une audience disciplinaire sont aussi importants que ceux du public ou des professionnels mis en cause.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif s'est penché sur la question de l'octroi aux plaignants du statut de partie dans son rapport sur les procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel. Dans ce rapport, le Conseil consultatif prend parti en faveur de l'octroi de ce statut aux personnes qui veulent s'en prévaloir. Bien qu'il soit d'accord que les ordres ont le droit et le devoir de conduire l'instance lors des audiences disciplinaires, il est convaincu que les personnes qui ont porté plainte contre une professionnelle ou un professionnel de la santé pour faute professionnelle d'ordre sexuel devraient avoir le droit de participer à l'audience les concernant.

Le Conseil consultatif estime que l'essentiel de son raisonnement s'applique aussi aux cas de faute professionnelle d'ordre général. Améliorer par exemple l'accès des plaignants à

l'information relative à une audience disciplinaire atténuera toute perception de conflit d'intérêts de la part de l'ordre et contribuera à une plus grande responsabilité et transparence.

Le Conseil consultatif reconnaît que les avis sont partagés sur la question de l'octroi du statut de partie aux plaignants et que les tenants du pour et du contre ont les unes comme les autres des arguments tout à fait valables. Ce qui lui semble toutefois importer plus que tout, c'est de voir comment équilibrer les intérêts contradictoires des parties. Présentement, la procédure relative à la discipline joue en faveur des ordres et de leurs membres vu qu'elle est en grande mesure fondée sur la capacité des ordres de représenter aussi bien l'intérêt public et les intérêts des plaignants.

Il est clair d'après les observations que les particuliers qui ont fait l'expérience de la procédure relative à la discipline suite au dépôt d'une plainte ne sont pas satisfaits de la façon dont l'ordre compétent a représenté leurs intérêts. Il ne faut pas oublier que sans le dépôt de plaintes, il n'y aurait guère d'instances disciplinaires. L'intervention des plaignants est cruciale pour le bon fonctionnement du système de réglementation des professions de la santé. Il s'ensuit tout naturellement que tout aspect du système qui mine la confiance des personnes qui voudraient porter plainte nuit à la confiance du public dans le système, et donc à l'efficacité du système. Ceci étant dit, il ne faut pas non plus perdre de vue que ce sont bien les ordres qui sont principalement responsables de poursuivre ceux et celles de leurs membres qui se rendent coupables de faute professionnelle.

De l'avis du Conseil consultatif, accorder aux plaignants qualité pour agir lors des audiences disciplinaires n'enlève rien à l'autoréglementation des professions de la santé. Il s'agit plutôt là d'une façon de souligner que l'efficacité de la direction des professions par leurs ordres dépend de la capacité de ces derniers de s'associer avec le public en vue d'atteindre leur objectif de protection de l'intérêt public.

Le Conseil consultatif note qu'au Royaume-Uni, où les plaignants ont droit au statut de partie lors des audiences traitant de conduite professionnelle, environ un tiers des plaignants se prévalent de ce droit et engagent leurs propres avocats.

Présentement, le *Code*, dans son article 41.1, prévoit la possibilité pour une personne qui n'est pas partie de participer à une audience au même titre ou presque qu'une personne qui est partie à celle-ci. La décision de permettre une telle participation ou non est laissée à la discrétion du sous-comité. Le Conseil consultatif soutient qu'accorder aux plaignants le statut de partie est tout à fait conforme au principe de veiller à l'équité de l'audience tant pour la partie mise en cause que pour la partie plaignante. Ce n'est qu'en ayant qualité pour agir qu'une personne qui a porté plainte peut décider si la procédure lui convient et, dans l'affirmative, en accepter ses limites et ses objectifs.

L'établissement d'un délai de 30 jours avant expiration duquel les plaignants devront manifester leur intention de se prévaloir de leur droit au statut de partie permettra aux ordres comme aux parties mises en cause de se préparer à l'audience en connaissance de cause.

De surcroît, il importe tout autant de confirmer que les ordres ont la conduite de l'instance du début jusqu'à la fin. Une plaignante ou un plaignant qui décide d'exercer son droit au statut de partie a seulement qualité pour agir lors de l'audience, pas de s'associer à la poursuite avec

l'ordre compétent. C'est l'ordre qui est en dernière analyse responsable de la protection du public contre les préjudices et les lésions, notamment au moyen de ses instances disciplinaires.

Ainsi, le Conseil consultatif est arrivé à la conclusion que dans l'éventualité où les personnes à l'origine d'une plainte se verraient accorder le statut de partie, le *Code* devrait aussi confirmer que l'ordre compétent a la conduite de l'instance. Soucieux de clarifier cette responsabilité plus encore, le Conseil consultatif recommande par ailleurs que le *Code* continue de prévoir la liquidation des dépens en faveur de l'ordre, autrement dit le paiement de ses frais judiciaires et autres, uniquement à la condition que le sous-comité rende une ordonnance à cet effet.

Recommandations du Conseil consultatif

39. Que l'article 41 du *Code* soit modifié de sorte à accorder aux personnes à l'origine d'une plainte le droit au statut de partie, autrement dit la qualité pour agir, lors des instances du comité de discipline, y compris d'éventuelles instances préparatoires à l'audience visant à cerner l'exposé des faits et arrêter des recommandations communes en matière d'engagements ou d'ordonnances, voire les deux, et à exiger que les plaignants manifestent leur intention de se prévaloir de ce droit dans les 30 jours après que la décision du sous-comité du comité des plaintes leur ait été signifiée, si cette décision consiste à renvoyer l'affaire au comité de discipline.

40. Que l'article 27 du *Code* soit modifié de sorte à exiger que l'avis de décision communiqué aux personnes à l'origine d'une plainte les informe aussi de leur droit au statut de partie et de leur obligation d'aviser l'ordre dans les 30 jours suivant la réception de l'avis visé à l'article 27 de leur intention de se prévaloir de ce droit.

41. Que le *Code* soit modifié par l'ajout d'une disposition à l'effet que même si la personne à l'origine d'une plainte se prévaut de son droit au statut de partie, l'ordre reste seul responsable de la poursuite.

11. Preuve

Plusieurs dispositions du *Code* relatives aux audiences disciplinaires traitent de la preuve, depuis la divulgation de celle-ci jusqu'à l'application des règles de la preuve lors des audiences.

Résultat des consultations

Quelques observations évoquent l'importance d'une divulgation tant complète qu'en bonne et due forme de l'ensemble de la preuve, afin que les membres d'une profession mis en cause puissent se défendre convenablement lors de l'audience disciplinaire. D'autres rappellent que l'article 49 du *Code* interdit l'application des règles de la *Loi sur l'exercice des compétences légales* concernant l'admissibilité de la preuve par ouï-dire.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif est arrivé à la conclusion que rien dans les observations ne justifie de modification aux règles de preuve prévues par le *Code* en ce qui concerne les audiences disciplinaires. Le Conseil consultatif tient à souligner que les questions de preuve varient au cas par cas et que les règles de preuve en matière civile applicables aux audiences disciplinaires sont assez souples et tout à fait équitables, notamment en ce qui a trait à l'admissibilité de la preuve par ouï-dire, pour qu'il soit préférable de les laisser inchangées.

Dans son rapport sur les procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel, le Conseil consultatif recommande l'emploi de certains dispositifs de témoignage lors des audiences relatives à des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel, tels que des écrans, une télévision en circuit fermé ou la présence comme soutien d'une personne de confiance. Cette recommandation reflète la situation et les vulnérabilités particulières des personnes à l'origine de telles plaintes, de même que le fait que le droit applicable par ailleurs, par exemple le droit pénal, autorise le recours à de tels dispositifs pour faciliter le témoignage des victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel. En conséquence, le Conseil consultatif ne recommande pas d'élargir le recours à des dispositifs de cette nature aux audiences relatives à des allégations de faute professionnelle d'ordre général, sauf dans la mesure où il s'applique déjà aux témoins mineurs, conformément aux dispositions de la *Loi sur la preuve* en vigueur en Ontario.

12. Procédure d'audience

Le *Code* contient plusieurs dispositions traitant spécifiquement de la tenue d'une audience. Ses exigences en matière de preuve font l'objet des paragraphes qui précèdent. Les autres éléments de la procédure d'audience sont les audiences publiques et les audiences à huis clos, les avis juridiques obtenus par le sous-comité, les ordonnances de non-publication, les membres du sous-comité qui participent à l'audience et la participation de tiers.

Résultat des consultations

Le Conseil consultatif a reçu une série d'observations portant sur des questions de procédure d'ordre général, telles que la durée maximale de la procédure d'audience, les frais associés aux audiences et le recours à un processus de règlement à l'amiable. L'une d'entre elles suggère qu'un examen plus approfondi du processus de prise de décision s'impose avant de pouvoir déterminer si la *Loi* établit un juste équilibre entre les intérêts des ordres, de leurs membres et des membres du public.

Analyse du Conseil consultatif

Selon le Conseil consultatif, les points soulevés par divers particuliers remettent essentiellement en question l'équité de la procédure d'audience. En dernière analyse, l'évaluation de l'équité doit se faire à la lumière du recours aux procédures relatives à la plainte et à la discipline dans leur ensemble, et non par rapport à l'une de leurs composantes seulement. Quoi qu'il en soit, le Conseil consultatif s'interroge effectivement sur l'emploi du processus de règlement à l'amiable une fois qu'une plainte est rendue devant le comité de discipline.

On entend par processus de règlement à l'amiable quantité d'initiatives qui vont au-delà des procédures restreintes prescrites par voie législative. Au stade d'une instance disciplinaire, certains ordres utilisent cette expression pour parler de négociations préparatoires à l'audience entre eux-mêmes et leurs membres mis en cause par lesquelles ils visent à s'entendre sur l'énoncé des faits ou sur une proposition quant à la sanction applicable lorsqu'une professionnelle ou un professionnel de la santé accepte un verdict de culpabilité.

Le Conseil consultatif admet qu'il peut y avoir de bonnes raisons d'employer un processus de règlement à l'amiable à ce stade. Il craint néanmoins que cela ne risque d'ébranler la confiance du public dans la procédure des ordres relative à la discipline. Il s'agit donc de prendre garde à ce que si usage d'un processus de règlement à l'amiable il y a, il ne soit pas abusif. Le meilleur

moyen de prévenir un tel usage abusif est de veiller à ce que les processus de règlement à l'amiable soient ouverts et que les ordres rendent compte de leur résultat.

Après s'être penché sur la place des processus de règlements à l'amiable dans la procédure relative aux plaintes, le Conseil consultatif recommande d'en user avec circonspection et insiste sur la nécessité que les ordres répondent de leur issue, afin de garantir la transparence de la procédure et de préserver la confiance du public dans son intégrité. Le Conseil consultatif soutient que la même circonspection est de mise pour ce qui est du recours à un processus de règlement à l'amiable à l'occasion d'une instance disciplinaire.

Recommandation du Conseil consultatif

42. Que le *Code* soit modifié de sorte à exiger, d'une part, que tout règlement à l'amiable soit soumis à l'examen et à l'approbation du sous-comité du comité de discipline chargé de tenir une audience sur les allégations renvoyées à ce dernier et, d'autre part, que la teneur de chaque règlement intervenu soit ajoutée au tableau mis à la disposition du public.

13. Ordonnances

Le paragraphe 51(2) du *Code* prévoit une série d'ordonnances qu'un sous-comité du comité de discipline peut rendre s'il conclut qu'une personne membre d'un ordre a commis une faute professionnelle. Ces ordonnances peuvent avoir pour effet de révoquer ou de suspendre le certificat d'inscription de la personne en question ou encore de l'assortir de certaines conditions ou restrictions, d'exiger que la personne se présente devant le sous-comité pour être réprimandée, qu'elle verse une amende ou, en cas de mauvais traitements d'ordre sexuel, d'une part, qu'elle rembourse à l'ordre les fonds alloués aux services de thérapie et de consultation fournis à la patiente ou au patient et, d'autre part, qu'elle dépose un cautionnement pour garantir le paiement des sommes d'argent qu'elle peut être tenue de rembourser.

Le *Code* prévoit aussi des ordonnances applicables en cas de faute professionnelle liée à des mauvais traitements d'ordre sexuel infligés à une patiente ou un patient par une personne membre d'un ordre. S'il conclut que le membre est incompétent, le sous-comité peut rendre une ou plusieurs ordonnances ayant pour effet de révoquer le certificat d'inscription de la personne en question, de le suspendre ou de l'assortir de certaines conditions. Enfin, le sous-comité peut rendre une ordonnance liquidant les dépens, en totalité ou en partie, en faveur soit du membre, soit de l'ordre.

Résultat des consultations

Les observations soulèvent la question de savoir s'il y aurait lieu de prévoir le versement d'une réparation par les membres d'une profession de la santé reconnus coupables de faute professionnelle. Les auteurs de certaines personnes soutiennent qu'étant donné que les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel reçoivent de l'aide, ce ne serait que justice d'en faire autant pour les victimes d'autres types d'inconduite. D'autres par contre estiment que les personnes à l'origine d'une plainte ont la possibilité d'introduire une instance au civil si elles veulent obtenir une réparation et qu'il ne faut pas confondre les instances disciplinaires des ordres et les instances ou autres recours au civil, y compris l'obtention d'un montant adjugé par la cour ou versé par une compagnie d'assurance. Quelques particuliers ont suggéré de modifier la *Loi* de sorte à y inclure des dispositions précises en matière de sanctions.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif considère que l'octroi d'une indemnité financière aux plaignants qui obtiennent gain de cause n'est pas du ressort des ordres régissant les professions de la santé. Le principal objectif des ordres est de protéger le public contre les professionnels de la santé incompétents ou peu scrupuleux, et ce par l'intermédiaire de leur procédure relative à la discipline. De toutes façons, les membres des sous-comités du comité de discipline des ordres ne possèdent ni les connaissances ni l'expérience nécessaires pour décider du montant d'une indemnité. La responsabilité civile est du ressort des tribunaux, tandis que la responsabilité professionnelle est du ressort des ordres : il s'agit de ne pas mélanger les deux.

L'allocation par les ordres de fonds pour la thérapie et les consultations destinées aux personnes qui, lorsqu'elles étaient des patients, ont été victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de leurs membres est une chose bien différente. Ce financement reflète la nature particulière de la faute professionnelle d'ordre sexuel et de ses retombées sur ses victimes, qu'il a pour but d'aider à se remettre de ce qu'elles ont subi.

Dans son rapport sur les procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel, le Conseil consultatif recommande d'ajouter au *Code* des lignes directrices à l'intention des personnes chargées, au sein des ordres, de décider de l'ordonnance appropriée face à un cas de faute professionnelle d'ordre sexuel. Le Conseil consultatif estime qu'il y aurait lieu de prévoir des lignes directrices similaires en ce qui a trait aux ordonnances applicables en cas de faute professionnelle d'ordre général.

L'énoncé bien clair de ce type de lignes directrices aura plusieurs avantages majeurs.

Premièrement, obliger les sous-comités compétents à tenir compte d'une série prédéterminée de critères avant de décider de rendre une ordonnance augmentera leur responsabilité envers le public, puisque celui-ci saura exactement sur quoi il a basé sa décision.

Deuxièmement, en faisant de la protection du public l'un de ces critères prescrits, celle-ci sera améliorée.

Troisièmement, l'énoncé bien clair des critères à prendre en considération avant de rendre une ordonnance incitera les parties concernées à formuler leurs observations en regard de ces critères, ce qui équivaudra en quelque sorte à en « débattre » devant le sous-comité, dont la décision n'en sera que plus équitable.

Enfin, la procédure d'appel se trouvera amélioré, étant donné que les tribunaux d'appel pourront examiner l'ordonnance du sous-comité et évaluer son bien-fondé à la lumière des lignes directrices législatives.

Recommandation du Conseil consultatif

43. Que les lignes directrices relatives aux ordonnances applicables en cas de mauvais traitements d'ordre sexuel soient élargies pour inclure l'ensemble des cas de faute professionnelle (voir les recommandations 8, 9 et 10 à l'annexe B).

14. Appels

Les articles 70 et 71 du *Code* prévoient la possibilité d'interjeter appel auprès de la Cour divisionnaire à l'égard de questions de droit ou de questions de fait, ou des deux. La Cour est dans pareil cas investie, selon la décision portée en appel, de tous les pouvoirs du sous-comité qui a traité de la question ou de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé. L'interjection d'un appel entraîne un sursis d'exécution de l'ordonnance du sous-comité, sauf en ce qui concerne les ordonnances pour cause d'incompétence, d'incapacité ou de mauvais traitements d'ordre sexuel graves, et ce jusqu'à ce qu'il soit statué de façon définitive sur l'appel.

Résultat des consultations

On lit dans quelques observations que les mécanismes d'appel prévus dans le *Code* sont insuffisants. D'autres remettent en question la validité du sursis d'exécution automatique des ordonnances liées à une faute professionnelle portées en appel devant la Cour divisionnaire. Vu qu'une procédure d'appel devant la Cour divisionnaire peut s'étirer sur des mois, voire des années, il suffit parfois aux membres d'un ordre faisant l'objet d'une ordonnance disciplinaire d'en interjeter appel, avec ou sans fondement, pour continuer d'exercer leur profession.

Analyse du Conseil consultatif

Aux yeux du Conseil consultatif, ce qui compte avant tout, c'est de protéger le public contre les membres d'une profession de la santé reconnus coupables de fautes professionnelles. De ce fait, il a examiné les questions de procédure liées aux appels interjetés d'un tel verdict de culpabilité sous l'angle de l'intérêt public dans la protection contre les préjudices et les lésions. Vu qu'une révision judiciaire peut s'étirer sur des mois, sinon des années, il n'est pas dans l'intérêt du public d'autoriser le sursis d'exécution *automatique* d'une ordonnance d'un sous-comité du comité de discipline en attendant l'issue d'une telle révision. Le Conseil consultatif en conclut donc que toutes les ordonnances des sous-comités d'un comité de discipline, quelle que soit la nature de la faute professionnelle ou autre conduite auxquelles elles se rapportent, devraient prendre effet immédiatement, même si elles sont frappées d'appel.

Ceci étant dit, le Conseil consultatif mesure aussi l'importance de trouver un juste équilibre entre l'impératif de protection du public et la nécessité de respecter le droit des membres d'interjeter appel d'un verdict qu'un tribunal pourrait ultimement annuler parce qu'il viole leurs droits constitutionnels, qu'il est injustifié ou que la question sur laquelle il porte n'était pas du ressort du sous-comité l'ayant rendu. En conséquence, le Conseil consultatif juge bon d'autoriser une professionnelle ou un professionnel de la santé reconnu coupable d'une faute professionnelle autre que l'incompétence, l'incapacité ou des mauvais traitements d'ordre sexuel graves tels que définis aux sous-dispositions 51(5)2 i, ii, iii ou iv à présenter une requête à la Cour divisionnaire en vue d'obtenir un sursis d'exécution de l'ordonnance rendue à son égard par le sous-comité du comité de discipline en attendant l'issue de l'appel, dans la mesure où il lui est possible de démontrer que l'intérêt public n'exige pas son maintien et que son appel n'a rien de frivole, mais qu'il est au contraire justifié sur le fond.

Recommandations du Conseil consultatif

44. Que l'article 71 du *Code* soit modifié de sorte à prévoir que les ordonnances rendues par un sous-comité du comité de discipline prennent effet immédiatement, même si elles sont frappées d'appel.

45. Que le *Code* soit modifié de sorte à autoriser une professionnelle ou un professionnel de la santé qui désire obtenir un sursis d'exécution d'une ordonnance à présenter une requête à cet effet devant la Cour divisionnaire, dans la mesure où les conditions suivantes sont remplies : 1) l'ordonnance n'a pas trait à un cas d'incompétence, d'incapacité ni de mauvais traitements d'ordre sexuel graves tels que définis aux sous-dispositions 51(5)2 i, ii, iii, ou iv et 2) la professionnelle ou le professionnel peut démontrer que a) l'appel est justifié sur le fond et n'a rien de frivole et b) l'intérêt public n'exige pas le maintien de l'ordonnance.

Section 3. Procédures pour faute professionnelle d'ordre sexuel

La *Loi* exige du Conseil consultatif qu'il rende compte au ministre de l'efficacité des procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel de chaque ordre régissant une profession de la santé.[31]

Conformément à cette exigence, le Conseil consultatif a demandé à PricewaterhouseCoopers (PwC) en 1998 d'une part, d'évaluer l'efficacité de ces procédures et, d'autre part, de faire le point sur les programmes des ordres en matière de relations avec les patients et de proposer un cadre pour leur évaluation subséquente. PwC a remis son rapport au Conseil consultatif en juillet 1999, en 28 volumes.

En plus des nombreuses observations concernant les procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline qu'il a recueillies par l'intermédiaire de ses consultations publiques pour les besoins de la présente étude quinquennale, le Conseil consultatif a bénéficié de l'information issue des audiences publiques du Groupe d'étude spécial sur l'abus sexuel des patientes et des patients mis sur pied par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Conseil consultatif a présenté un rapport distinct au ministre en décembre 2000 traitant de l'efficacité des procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel.

Analyse du Conseil consultatif

Les conclusions de PwC et les observations du public soulignent la nécessité de modifier les procédures relatives aux plaintes et à la discipline, afin de mieux servir l'intérêt public et les intérêts des personnes à l'origine d'une plainte. Les conclusions ci-après sont particulièrement frappantes :

- 2 pour 100 des Ontariennes et Ontariens d'âge adulte ayant participé au sondage de PwC disent qu'au cours des cinq années précédentes, une professionnelle ou un professionnel de la santé a eu un comportement inconvenant à leur égard ou fait des remarques déplacées en leur présence et 1 pour 100 disent avoir subi des rapports physiques ou des attouchements d'ordre sexuel;
- cinq années après l'entrée en vigueur de la *Loi*, pas plus d'une personne sur trois parmi ceux et celles qui ont participé au sondage dit être certaine ou à peu près certaine de savoir où et comment déposer une plainte à l'égard d'une faute professionnelle d'ordre sexuel par une ou un membre d'une profession de la santé réglementée;

[31] Alinéas 6(2) a) et b) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

- moins d'un quart des personnes qui disent avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé disent qu'elles envisagent de porter plainte;
- le temps qui s'écoule avant qu'il ne soit statué sur une plainte de façon définitive est bien plus long que le délai de 120 jours prescrit par la *Loi* et se mesure parfois en années;
- d'après les données disponibles, tous ordres confondus, les ordres renvoient environ 6 pour 100 des plaintes et des rapports pour faute professionnelle d'ordre sexuel dont ils sont saisis à leur comité de discipline;
- les personnes qui portent plainte estiment que les procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline sont trop formalistes, contradictoires et complexes, pas assez transparentes et que, de surcroît, elles s'étirent trop.

Les recommandations du Conseil consultatif au ministre sont reprises à l'annexe B.

Il est évident que les responsables des ordres confrontés à ce type de plaintes ou de rapports doivent, d'une part, bien comprendre la dynamique et les répercussions des mauvais traitements d'ordre sexuel et, d'autre part, être en mesure d'apporter aux victimes présumées le soutien nécessaire pour leur témoigner de sensibilité et de respect tout au long des procédures relatives aux plaintes et à la discipline. Quoique la *Loi* s'attache à protéger l'intérêt public, il serait bon d'accorder une plus grande place aux besoins des plaignants. Faute de faire en sorte qu'elles puissent accorder foi à leurs procédures relatives aux plaintes et à la discipline, les ordres ne peuvent guère s'attendre à ce que les personnes qui se sentent lésées par une professionnelle ou un professionnel de la santé se manifestent ni donc à pouvoir protéger le public contre les mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains de leurs membres.

Le Conseil consultatif convient que les mauvais traitements d'ordre sexuel infligés aux patients par des professionnels de la santé représentent un problème grave et qu'il faut à tout prix mettre en œuvre des moyens efficaces pour prévenir ce type d'incident et en traiter s'il se produit. Le Conseil consultatif a proposé des améliorations majeures pour renforcer la protection du public et maintient que ces améliorations sont réalisables sans compromettre l'autoréglementation des professions de la santé.

Les recommandations du Conseil consultatif visent à promouvoir :

- la prévention, grâce à des mesures de dissuasion des membres des ordres et d'information du public;
- la sensibilité et le respect envers les victimes présumées, en multipliant les mesures de soutien à leur intention et les possibilités qui leur sont offertes de participer aux procédures relatives aux plaintes et à la discipline;
- l'équité procédurale et la divulgation de l'information, afin de renforcer la confiance du public dans la façon dont les ordres traitent les plaintes;
- la coordination entre les ordres régissant les professions de la santé, afin de renforcer la responsabilité de leurs membres;
- la surveillance et l'évaluation de l'exercice des professions, afin de renforcer la responsabilité des ordres.

Les recommandations du Conseil consultatif concernant la suite à donner aux plaintes pour faute professionnelle d'ordre sexuel concordent avec celles qu'il a formulées à l'égard des plaintes

pour faute professionnelle d'ordre général. Les unes comme les autres visent à faire en sorte que les procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline plus efficaces et plus sensibles aux besoins des plaignants, de sorte à encourager les personnes qui se sentent lésées à porter plainte et à ne pas se désister avant la fin des procédures de l'ordre compétent. La confiance des plaignants dans la façon dont les ordres traitent leur plainte quelle qu'elle soit est une condition sine qua non à la capacité des ordres de protéger le public contre les préjudices ou les lésions aux mains de membres des professions de la santé.

Tel qu'indiqué dans l'introduction au présent chapitre, les personnes qui ont fait l'expérience du dépôt d'une plainte auprès d'un ordre à cause de mauvais traitements d'ordre sexuel que leur a infligé une professionnelle ou un professionnel de la santé se méfient des procédures relatives aux plaintes et à la discipline et pensent que les ordres se trouvent dans une situation de conflit d'intérêts lorsqu'ils ont à traiter une plainte pour faute professionnelle d'ordre général ou sexuel.

Le Conseil consultatif a fait plusieurs recommandations pour remédier à cette situation. Il a en particulier recommandé de tenir les personnes à l'origine d'une plainte et les membres d'une profession mis en cause au courant de tout retard dans le traitement de leur plainte et de leur offrir davantage de possibilités de participer aux procédures relatives aux plaintes et à la discipline en leur accordant le statut de partie dans les instances afférentes. Le Conseil consultatif a aussi formulé une série de recommandations visant à rehausser l'équité procédurale, comme par exemple d'autoriser les plaignants et les professionnels mis en cause à prendre connaissance du relevé de leurs déclarations par la personne chargée de l'enquête et à faire des commentaires à son égard.

Les mesures qu'il préconise en vue de renforcer la responsabilité des ordres et donc des professions incluent une limitation des recours aux processus de règlement à l'amiable et l'exigence que tout ce qui touche la remédiation prévu dans de tels règlements soit ajouté au tableau des ordres mis à la disposition du public. Un autre moyen de renforcer la responsabilité globale envers le ministre et le public serait de mettre en place un système de surveillance du rendement par l'intermédiaire du Conseil consultatif. Cela contribuerait aussi à l'amélioration continue des procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline.

Les recommandations du Conseil consultatif concernant les procédures relatives aux plaintes et à la discipline pour faute professionnelle d'ordre sexuel sont les mêmes que celles concernant les procédures applicables aux plaintes pour faute professionnelle d'ordre général, à trois exceptions près qui reflètent la dynamique particulière et les répercussions des mauvais traitements d'ordre sexuel :

a) Soutien des victimes présumées de mauvais traitements d'ordre sexuel

Les rapports parfois intimes, tant sur le plan physique qu'affectif, entre les membres d'une profession de la santé et les personnes qui font appel à leurs services laissent la porte grande ouverte à la possibilité de mauvais traitements d'ordre sexuel. Pour la patiente ou le patient qui se voit infliger de tels traitements, les conséquences varient : certaines personnes se font des reproches et leur estime de soi devient vacillante, d'autres souffrent d'insomnie, de fatigue ou d'anxiété, certaines sombrent dans la dépression ou éprouvent des difficultés au travail et d'autres encore ont des problèmes dans leurs rapports avec leurs proches, notamment sexuels.

Les personnes qui courent le plus grand risque de subir des mauvais traitements d'ordre sexuel sont souvent les plus réticentes à porter plainte. Dénoncer un médecin ou autre membre d'une profession de la santé peut sembler presque inconcevable, surtout pour quelqu'un qui fait partie de sa clientèle depuis de longues années ou dont la vie pourrait dépendre du bon vouloir de la professionnelle ou du professionnel en question. Les personnes qui ont le courage de se manifester auprès d'un ordre et de porter plainte ont généralement eu avec la professionnelle ou le professionnel qu'elles dénoncent des rapports dans lesquels elles étaient en position d'infériorité; leur vulnérabilité issue de ces rapports de force ou de pouvoirs déséquilibrés est parfois aggravée à cause de leur état physique, affectif ou mental. D'où la nécessité de prévoir des mécanismes de soutien particuliers à l'intention de ces personnes et de veiller à ce que les ordres leur témoignent d'un maximum de sensibilité et de respect.

b) Règlements à l'amiable interdits en cas de mauvais traitements d'ordre sexuel « graves »

Le Conseil consultatif désapprouve de l'usage des processus de règlement à l'amiable dans les cas de mauvais traitements d'ordre sexuel « graves », vu qu'il n'existe d'entrée de jeu jamais de relations d'égal à égal entre les membres d'une profession de la santé mis en cause et les personnes qui ont porté plainte et que ces dernières, en plus de se sentir vulnérables, risquent de se sentir victimisées de nouveau à l'issue d'un tel processus. Les mauvais traitements physiques d'ordre sexuel ne constituent pas un « différend » auquel il faut trouver un règlement, mais une faute professionnelle dont il faut traiter. Tout incident de mauvais traitements d'ordre sexuel graves, au-delà de ses effets sur la relation entre une patiente ou un patient et le médecin ou autre professionnel de la santé qui les lui a infligés, a des ramifications pour la protection du public en général et ne devrait donc pas faire l'objet d'un règlement à l'amiable.

c) Emploi de certains dispositifs de témoignage lors des audiences du comité de discipline

Le Conseil consultatif a conscience que des développements récents dans le droit et les règles de la preuve autorisent désormais le recours à divers dispositifs visant à atténuer le stress et le choc émotionnel que la perspective de témoigner peut causer chez certaines personnes. Aussi bien le *Code criminel* du Canada que la *Loi sur la preuve* de l'Ontario contiennent par exemple des dispositions prévoyant dans certaines circonstances l'emploi d'un écran ou d'une télévision en circuit fermé ou encore la présence d'une personne de confiance pour soutenir certains témoins.

Le Conseil consultatif reconnaît la pertinence des dispositions de la *Loi sur la preuve* traitant du témoignage d'une personne mineure et préconise qu'elles soient expressément incorporées dans la *Loi* en ce qui a trait aux cas de mauvais traitements d'ordre sexuel et appliquées quel que soit l'âge de la partie plaignante. Il considère toutefois que plutôt que d'accorder automatiquement le droit à qui que ce soit de témoigner derrière un écran, par l'intermédiaire d'une télévision en circuit fermé ou d'un enregistrement magnétoscopique, le sous-comité chargé de l'audience devrait en décider au cas par cas. Par souci de préserver un juste équilibre entre les droits de la personne à l'origine d'une plainte et ceux de la professionnelle ou du professionnel mis en cause, il serait en effet préférable que le sous-comité entende pourquoi la plaignante ou le plaignant souhaite témoigner de cette manière avant de décider de l'y autoriser ou non. Procéder ainsi est conforme à l'objectif principal du droit de la preuve, qui est de veiller à ce que les personnes charger de statuer sur une cause le fassent en se basant sur la meilleure preuve possible, présentée lors d'une audience ouverte et équitable.

De même, le Conseil consultatif accepte l'idée qu'une plaignante ou un plaignant se fasse accompagner d'une personne de confiance de son choix lors de l'audience du sous-comité du comité de discipline. Cependant, vu la nécessité de préserver un juste équilibre entre les droits des plaignants et des professionnels mis en cause et de veiller à l'équité procédurale, il arrive à l'occasion que la première personne de confiance choisie comme soutien par la plaignante ou le plaignant ne fasse pas l'affaire, par exemple si elle est également un témoin. Le Conseil consultatif estime que les dispositions de la *Loi sur la preuve* concernant le pouvoir discrétionnaire qu'un tribunal peut exercer à cet égard représentent le meilleur compromis possible et devraient aussi s'appliquer aux audiences des ordres; il recommande donc leur incorporation explicite dans le *Code*.

Ces exceptions visent à tenir compte de la gravité des mauvais traitements d'ordre sexuel en général et du fait qu'eu égard au déséquilibre des forces entre les particuliers et les professionnels de la santé, à la réticence des victimes à porter plainte et au risque d'une nouvelle victimisation de celles-ci durant les procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline, traiter des plaintes pour mauvais traitements infligés à des patients par des professionnels de la santé s'avère particulièrement délicat.

Chapitre 7 Accès du public à l'information

Le présent chapitre traite de l'accès du public à l'information concernant les membres des professions de la santé réglementées et les activités des ordres, dont le mandat est de régir leurs membres dans l'intérêt du public.

Un aspect primordial des soins de santé de quiconque est d'avoir accès à l'information nécessaire pour pouvoir faire un choix éclairé parmi les services des professions de la santé. Or, la disponibilité de l'information ne suffit pas, encore faut-il qu'elle soit pertinente et accessible en temps utile. De plus, il importe que les particuliers sachent que les professions de la santé sur lesquelles s'arrête leur choix sont réglementées d'une façon qui protège le public contre les préjudices et les lésions et qui les assure de recevoir des soins et des services de la plus haute qualité.

Ceci étant dit, le système de réglementation doit établir un juste équilibre entre les besoins du public en matière d'accès à l'information relative aux professions de la santé et à leurs membres et le droit de ces membres à la protection de certains renseignements. Là où existent de légitimes attentes en matière de protection de la vie privée, il faut impérativement démontrer qu'il y va de l'intérêt public de divulguer ces renseignements.

Les principes de responsabilité et d'équité de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* ») sont au cœur du débat concernant l'accès du public à l'information. Ces principes sont toutefois en contradiction avec l'importance que certaines personnes peuvent attacher à la protection de leur vie privée, voire leurs droits à cet égard. Il convient donc de réconcilier ces principes et attentes ou droits contradictoires afin de les mettre en équilibre.

Le présent chapitre comporte deux parties :

1. Dispositions en matière de confidentialité
2. Accès du public à certains renseignements figurant au tableau des ordres

1. Dispositions en matière de confidentialité

Selon l'article 36 de la *Loi*, quiconque joue un rôle dans l'application de celle-ci, de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* ou des différentes lois sur une profession de la santé est tenu au secret à l'égard de tout renseignement venant à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions et ne doit rien en divulguer à qui que ce soit, sauf pour ce qui est des renseignements qui sont du domaine public ou qui ont un rapport direct avec :

- l'administration de la *Loi* ou d'une loi sur une profession de la santé;
- les activités des ordres en matière d'inscription et autres;
- un organisme de réglementation externe à l'Ontario, excepté en ce qui a trait au signalement obligatoire des cas de mauvais traitements d'ordre sexuel;
- l'administration d'autres lois, telles que précisées dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, excepté en ce qui a trait au signalement obligatoire des cas de mauvais traitements d'ordre sexuel;
- les renseignements obtenus par une agente ou un agent de police dans le cadre d'une enquête ou en vue de faciliter une enquête menée en vue d'une instance en exécution de la loi ou qui aboutira vraisemblablement à une telle instance;

- les renseignements fournis aux avocates ou avocats d'une personne qui est tenue au secret;
- les renseignements fournis à un tiers avec le consentement écrit de la personne à laquelle ils se rapportent.

Résultat des consultations

Très peu de personnes ou d'organismes qui ont soumis des observations en réponse au document de consultation *Question d'équilibre* se sont prononcées sur les dispositions de l'article 36 de la *Loi*. Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé a toutefois entendu des avis très variés concernant l'accès du public à l'information et les obligations des ordres en matière de confidentialité lors des groupes de discussion auxquels il a tour à tour convié les ordres régissant les professions de la santé, puis le public.

Selon plusieurs personnes, le libellé actuel de l'article 36 impose des obligations de secret si strictes qu'il empêche les ordres de divulguer quelque renseignement que ce soit, à moins qu'un texte législatif ne les y autorise expressément.

Certaines personnes, bien qu'admettant l'importance d'un strict maintien du secret professionnel, estiment que l'intérêt public appelle des dispositions plus libérales. D'autres plaident tout le contraire, disant que la confidentialité est essentielle à l'intégrité des enquêtes des ordres et de leur procédure relatives aux plaintes, de même qu'à la protection des renseignements personnels, tant ceux des membres des professions que ceux des particuliers.

Un sujet qui a fait l'objet de longues discussions est l'idée de modifier l'article 36 pour inverser l'obligation actuelle, de sorte que les renseignements auxquels le public ne puissent pas avoir accès soient ceux dont la *Loi* ou un autre texte législatif prescrivent explicitement le caractère confidentiel.

Analyse du Conseil consultatif

Au moment d'examiner ces questions de confidentialité, il ne faut pas perdre de vue les principes sous-jacents de la *Loi,* notamment en matière de responsabilité, avec ce qu'elle implique de transparence et d'équité, qui risquent de contrarier le *désir* d'une personne de protéger sa vie privée, sinon avec son droit au respect de celle-ci.

Les discussions de groupe entre les membres du Conseil consultatif et les représentantes et représentants des ordres ont permis de cerner plusieurs raisons tout à fait légitimes de protéger certains renseignements (p. ex., pour garantir l'équité des procédures ou encore l'efficacité des programmes des ordres). Force est toutefois d'admettre que pousser le secret trop loin risque de miner la confiance du public dans le système de réglementation, et donc d'entraver les ordres dans l'exécution de leur mandat, qui est d'assurer la réglementation des professions dans l'intérêt du public.

Le Conseil consultatif s'est longuement penché sur la question de savoir si les dispositions actuelles de la *Loi* en matière de confidentialité servent l'intérêt public. La *Loi* contient quantité de dispositions exigeant des ordres qu'ils mettent des renseignements à la disposition du public (p. ex., par l'accès aux renseignements figurant au tableau, la production de rapports annuels, les réunions publiques des conseils, la divulgation de renseignements aux plaignants et aux professionnels mis en cause, les audiences disciplinaires publiques ou encore les audiences

publiques de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé). Néanmoins, le Conseil consultatif soutient qu'une plus grande transparence s'impose en vue d'une véritable responsabilité des ordres envers le public.

Le Conseil consultatif estime qu'il y a différents moyens d'arriver à cette transparence et cette responsabilité accrues. Une façon de procéder serait de modifier l'article 36 de la *Loi* de sorte à ce qu'il stipule que seuls les « renseignements personnels » soient soumis aux dispositions de la *Loi* en matière de protection ou de divulgation des renseignements. Les renseignements personnels sont les renseignements consignés ayant trait à un particulier qui peut être identifié, incluant :

- des renseignements concernant la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, l'état matrimonial ou familial de celui-ci;
- des renseignements concernant l'éducation, les antécédents médicaux, psychiatriques, psychologiques, criminels ou professionnels de ce particulier ou des renseignements reliés à sa participation à une opération financière;
- de ses opinions ou de ses points de vue personnels, sauf s'ils se rapportent à un autre particulier.

Ce qu'il convient de protéger, ce sont les renseignements personnels ayant trait à des particuliers ou des professionnels de la santé, pas les renseignements relatifs à l'exercice d'une profession ni les renseignements liées aux finances, aux politiques, à l'administration ou d'autres aspects du fonctionnement de personnes morales. Le Conseil consultatif soutient qu'il convient de préserver la confidentialité des renseignements personnels et même professionnels relatifs à une personne physique à moins de dispositions contraires et spécifiques de la *Loi*.

Le Conseil consultatif estime toutefois que le droit à la protection de la vie privée n'est pas un droit absolu. Au contraire, il est d'avis qu'il faut peser le pour et le contre de la protection de la vie privée et de la divulgation de renseignements, selon l'importance des enjeux. Si une enquête, même inachevée, révèle que la divulgation de certains renseignements servirait indéniablement l'intérêt public, leur divulgation peut se justifier. Autrement dit, s'il y va de l'intérêt public que des renseignements soient divulgués, le droit à l'accès à l'information l'emporte sur le droit à la protection de la vie privée.

À titre d'exemple, si des récits dans les médias à propos d'une enquête policière sur une personne accusée d'avoir commis des fautes graves dans l'exercice d'une profession de la santé soulèvent un tollé d'indignation, le public est naturellement curieux de savoir ce que l'ordre compétent fait pour assurer sa protection. À l'heure actuelle, l'ordre ne peut toutefois pas confirmer ni nier qu'il enquête sur aussi sur l'affaire. Les dispositions de la *Loi* interdisent en effet à un ordre de divulguer quelque renseignement que ce soit aux personnes qui voudraient s'assurer qu'il agit bien dans l'intérêt du public. Le Conseil consultatif soutient qu'il serait parfois préférable que certains renseignements relatifs aux procédures des ordres soient rendus publics (p. ex., le fait qu'un ordre mène une enquête). Ainsi, les ordres seraient libres de divulguer des renseignements présentement protégés si cela leur semble dans l'intérêt du public.

Le Conseil consultatif préconise en conséquence l'ajout d'une exception au paragraphe 36(1) de la *Loi*, de sorte à autoriser la divulgation de certains renseignements personnels relatifs à une professionnelle ou un professionnel de la santé lorsqu'il y va de l'intérêt public de le faire.

Le Conseil consultatif préconise par ailleurs de supprimer le terme « secret » du libellé de l'article 36 et de le remplacer par « confidentialité », ce qui refléterait mieux l'intention de la *Loi*, à savoir d'empêcher la divulgation de renseignements dont la protection est jugée importante. Le terme « secret », qui diffère de la terminologie employée dans d'autres textes législatifs, y compris la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, donne à penser que le système de réglementation est fermé et restrictif, contrairement aux principes de responsabilité et de protection du public à la base de la *Loi*.

Recommandations du Conseil consultatif

46. **Que le paragraphe 36(1) de la *Loi* soit modifié de sorte à substituer les mots « à la confidentialité » aux mots « au secret » et à préciser que les renseignements dont la divulgation est interdite sont les « renseignements personnels », sauf disposition contraire explicite de la *Loi* (p. ex., en ce qui a trait à l'accès à des renseignements sur les pratiques professionnelles des membres d'un ordre par l'intermédiaire du tableau dressé par ces derniers).**
47. **Que le paragraphe 36(1) de la *Loi* soit modifié par l'ajout d'une exception autorisant un ordre à confirmer ses actions en cours concernant un de ses membres, le cas échéant, s'il y va de l'intérêt public, et que le *Code* précise à cet égard que l'information divulguée dans de telles circonstances se limite à ce qui est nécessaire pour répondre aux besoins du public.**

2. Accès du public à l'information figurant au tableau

Le paragraphe 23(1) du *Code* prévoit que la registrateure ou le registrateur d'un ordre dresse un tableau des membres de ce dernier. Ce tableau doit obligatoirement comprendre :

a) le nom, l'adresse professionnelle et le numéro de téléphone professionnel de chaque membre;
b) la catégorie d'inscription et l'éventuelle qualité de spécialiste de chaque membre;
c) les conditions et les restrictions dont est assorti chaque certificat d'inscription, le cas échéant;
d) l'indication de chaque révocation et de chaque suspension de certificat d'inscription;
e) l'issue de chaque procédure disciplinaire et de chaque procédure pour incapacité;
f) s'il est interjeté appel des conclusions du comité de discipline, une indication à ce sujet (jusqu'à temps que l'appel soit réglé de façon définitive);
g) les renseignements que précise un sous-comité du comité d'inscription, du comité de discipline ou du comité d'aptitude professionnelle;
h) les renseignements qui doivent être conservés au tableau conformément aux règlements administratifs (ce qui permet aux ordres d'ajouter au tableau plus de détails que ce qu'exige la *Loi*).

Le *Code* prévoit par ailleurs qu'une partie des renseignements ci-dessus doit être accessible au public, à savoir :[32]

- les renseignements visés aux alinéas a) à c) ci-dessus (le *Code* prévoit que la registrateure ou le registrateur qui a des motifs raisonnables de croire que la divulgation de l'adresse et

[32] Paragraphe 23(3) du *Code*.

du numéro de téléphone professionnels d'un membre risquerait de mettre cette personne en danger peut refuser pareille divulgation);

- les renseignements visés à l'alinéa d) qui s'appliquent à une suspension en cours;
- l'issue de chaque procédure disciplinaire et de chaque procédure pour incapacité qui a pris fin dans les six ans ayant précédé la date à laquelle le tableau a été dressé ou mis à jour la dernière fois :
  i. soit au cours de laquelle le certificat d'inscription d'un membre a été révoqué ou suspendu ou a été assorti de conditions ou de restrictions;
  ii. soit au cours de laquelle un membre a été tenu de verser une amende ou de comparaître pour être réprimandé, ou au cours de laquelle une ordonnance a été suspendue si un sous-comité du comité de discipline ou du comité d'aptitude professionnelle a ordonné de consigner au tableau l'issue de la procédure;
- des renseignements sur chaque procédure disciplinaire qui a pris fin à n'importe quel moment avant la date à laquelle le tableau a été dressé ou mis à jour la dernière fois, au cours de laquelle il a été conclu qu'un membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel[33] et l'issue de cette procédure;
- les renseignements visés à l'alinéa f) ci-dessus qui ont trait aux appels des conclusions du comité de discipline;
- les renseignements désignés comme étant de nature publique dans les règlements administratifs.

Résultat des consultations

Les observations soumises au Conseil consultatif en réponse à son document de consultation, *Question d'équilibre,* ne contiennent pas grand-chose à propos de l'accès du public à l'information. Celles émanant d'un conseil régional de santé recommandent que quelqu'un parmi les membres d'un ordre s'est vu retirer son certificat d'inscription ou autre permis d'exercer sa profession ailleurs en Ontario, le tableau de l'ordre en fasse mention. Une personne présentant des observations à titre de simple particulier suggère que lorsqu'un médecin déménage, le dossier établi à son égard par l'ordre de sa province ou de son territoire d'origine devrait être transmis à l'ordre de sa province ou de son territoire d'adoption.

Le point abordé le plus souvent a trait à la divulgation de la teneur des règlements à l'amiable. Aucun consensus ne s'est établi à cet égard. Les processus de règlement à l'amiable ont été examinés plus en détail au chapitre 6, Procédures relatives aux plaintes et à la discipline (pages 74-77).

Les trois ordres ayant fait des observations concernant les processus de règlement à l'amiable s'opposent à la divulgation des renseignements s'y rapportant, tandis que plusieurs groupes de défense des consommateurs la réclament avec véhémence. Les associations professionnelles, les organismes de santé et les conseils régionaux de santé sont d'avis partagés sur la question. Une des observations recueillies à cet égard propose que la teneur des règlements à l'amiable soit divulguée de façon sommaire ou globale, après en avoir toutefois supprimé tout moyen d'identifier les personnes concernées, tels que leur nom et leur adresse. Quelqu'un d'autre

[33] Mauvais traitements d'ordre sexuel tels que définis aux alinéas 1 (3) a) ou b) du *Code*, à savoir : a) les rapports sexuels ou autres formes de rapports physiques d'ordre sexuel entre le membre et le patient et b) les attouchements d'ordre sexuel du patient par le membre.

suggère que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée établisse des lignes directrices concernant la divulgation des règlements à l'amiable.

Lors du groupe de discussion auquel le Conseil consultatif a convié les ordres, les représentantes et représentants de ces derniers ont affirmé que la plupart des professionnels accepteraient la divulgation de renseignements qui respecteraient leur anonymat, si elle se faisait à des fins d'éducation. La confiance du public et la crédibilité professionnelle ont également été mis sur le tapis. Quelques ordres se montrent disposés à une plus grande divulgation des renseignements propres à chaque règlement à l'amiable, disant qu'à leur avis, cela contribuerait à une plus grande responsabilité des professions.

Certaines personnes ont soulevé la question de savoir combien de temps les renseignements figurant au tableau d'un ordre devraient y rester accessibles au public. Dans le cas de règlements négociés, l'argument a été avancé qu'une fois satisfaits, les engagements pris par la professionnelle ou le professionnel de la santé, le cas échéant, ne devraient pas demeurer au tableau.

Le Conseil consultatif a également organisé un groupe de discussion avec des groupes de défense des consommateurs et des membres du public, notamment des particuliers siégeant aux conseils des ordres. Les personnes présentes à cette occasion ont répondu à une série de questions à propos des besoins en information et de divulgation. Elles ont énuméré des éléments en tous genres, notamment concernant les qualifications des membres des professions, d'éventuels procès antérieurs, ou encore les plaintes, mesures disciplinaires et examens par les pairs en cours, comme faisant partie de l'information dont une personne a besoin pour prendre une décision éclairée au moment de choisir une professionnelle ou un professionnel de la santé. Une observation d'un particulier dit que le public devrait avoir accès au casier judiciaire des professionnels de la santé.

Les personnes ayant participé à ce groupe de discussion ont fait différentes suggestions quant à la façon de mettre l'information à la disposition du public, y compris la mise en place d'une ligne 1 800, la production de publications diverses et l'affichage de renseignements sur Internet. Plusieurs obstacles ont été mentionnés, par exemple la langue, la lisibilité, les difficultés auxquelles se heurtent parfois les personnes qui veulent consulter le tableau d'un ordre ou qui veulent faire jouer les dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Tout le monde dans ce groupe de discussion souhaitait que beaucoup plus de publicité soit faite quant à l'information auquel le public peut avoir accès et que celle-ci soit distribuée libéralement par une vaste gamme d'organismes, y compris les ordres, les bibliothèques, les centres d'information communautaire et les cabinets des professionnels de la santé.

Certaines personnes estiment que pour rassurer le public que les ordres agissent bien dans son intérêt, il faudrait publier des statistiques relatives aux plaintes qui leur sont soumises et sur les décisions prises à leur égard, quelques-unes ajoutant que cette publication devrait être confiée à un organisme indépendant. D'autres souhaitent que le public soit informé des réprimandes ou des avertissements, voire les deux, adressés aux membres des professions de la santé. Enfin, certaines personnes sont d'avis que l'usage de processus de règlements à l'amiable devrait être limité à des plaintes portant sur des infractions ou fautes mineures et que la teneur de ces règlements devrait être accessible au public.

Analyse du Conseil consultatif

L'accès à l'information fait entrer en jeu des principes opposés, d'une part, la responsabilité des professions envers le public et la protection du public que leurs ordres ont pour mandat d'assurer, de l'autre, l'équité et le droit à la protection de la vie privée.

Le Conseil consultatif soutient que le public doit pouvoir prendre une décision éclairée au moment de choisir une professionnelle ou un professionnel de la santé et que ce sont les ordres qui sont les mieux placés pour fournir les renseignements clés à propos de leurs membres. Il note à cet égard qu'aux États-Unis, l'accès du public à l'information devient de plus en plus facile. Au Massachusetts, par exemple, l'ordre régissant les médecins, le Board of Registration in Medicine, a commencé à créer, en 1996, des profils de tous ses membres, qu'il a mis à la disposition du public dès l'année suivante par l'intermédiaire de son site Web.

Depuis lors, les membres du public peuvent très rapidement se renseigner sur les antécédents des médecins du Massachusetts, y compris l'école de médecine qu'ils ont fréquentée, les endroits où ils offrent leurs services, s'ils sont assurés et comment, s'ils ont déjà été accusés de faute professionnelle et si un ordre ou un hôpital où ils ont travaillé, le cas échéant, les a déjà soumis à des mesures disciplinaires.

D'autres États américains informent aussi le public des mesures disciplinaires prises à l'égard d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé. En Arizona, les ordonnances provisoires assortissant un certificat d'inscription de conditions ou de restrictions et l'issue des instances disciplinaires des douze mois précédents sont accessibles sur le site Web de l'ordre régissant les médecins, le Board of Medical Examiners.

Bien que les ordres régissant les professions de la santé en Ontario ne disposent pas d'autant de renseignements que leurs homologues américains (en termes de publications, de distinctions ou d'actions en négligence professionnelle), ils sont néanmoins dépositaires d'une grande quantité d'information pertinente à laquelle le public devrait avoir accès.

Au-delà de son contenu tel qu'il est prescrit à l'heure actuelle, le tableau d'un ordre devrait par exemple donner accès à plus de renseignements concernant l'issue des procédures relatives aux plaintes et à la discipline. Le Conseil consultatif estime qu'en autant que les ordres incorporent à leurs enquêtes et audiences des mécanismes qui garantissent aux professionnels de la santé une procédure équitable, le public devrait pouvoir accéder à l'essentiel des résultats des procédures relatives aux plaintes et à la discipline. Le système de réglementation n'en serait que plus transparent, ce qui lui vaudrait une plus grande confiance du public. Par ailleurs, plusieurs personnes ont dit que cette information les aiderait dans leur choix parmi les membres des professions de la santé réglementées. Le Conseil consultatif est d'avis que l'accès à ce type d'information aiderait pour les moins le public à s'assurer de la compétence d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé.

Le Conseil consultatif admet que l'intention du nouveau système de réglementation mis en place par la *Loi* est garantir l'accès aux *professions* de la santé tout en assurant la sécurité du public. Cette garantie d'accès ne s'applique pas aux *professionnels* de la santé individuellement. Malgré ce qui pourrait justifier l'extension de cette garantie, le Conseil consultatif a des doutes quant à la validité d'une partie des renseignements disponibles comme indicateurs de la qualité ou du

calibre d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé, à quoi s'ajoute le fait que tout le monde parmi les membres du public n'est pas d'accord sur l'information pertinente à cet égard.

Recommandations du Conseil consultatif

48. Que le paragraphe 23(3) du *Code* soit modifié de sorte à exiger l'ajout des éléments suivants à la partie du tableau d'un ordre accessible au public :

a) les décisions du comité des plaintes de renvoyer une question au comité de discipline ou au comité d'assurance de la qualité;

b) jusqu'à ce qu'ils aient été remplis et au moins pendant une période d'un an, les engagements pris par une professionnelle ou un professionnel en matière de remédiation et de restriction de l'exercice de sa profession, que ce soit à l'issue d'un règlement à l'amiable négocié ou d'une procédure du comité des plaintes, de la discipline ou de l'assurance de la qualité, sauf à l'égard des allégations d'incapacité;

c) les avertissements qu'une professionnelle ou un professionnel a reçus et la nature des actions qui lui ont valu chaque avertissement, étant entendu qu'un avertissement sera effacé du tableau au bout d'un an s'il n'y en a pas eu d'autre entre temps;

d) pendant une durée de six ans après qu'elles aient été infligées ou délivrées, la nature des réprimandes, amendes et ordonnances de suspension ou de restriction de son certificat d'inscription dont une professionnelle ou un professionnel a fait ou fait l'objet à l'issue d'une procédure disciplinaire (ceci élimine le pouvoir discrétionnaire que la disposition 23(3) 3. du *Code* confère à un comité de consigner l'issue de sa procédure au tableau ou non).

e) Que le ministre dirige une initiative en collaboration avec les ordres et les groupes de défense des consommateurs visant à étudier la possibilité d'élargir la collecte et la publication par les ordres de renseignements portant par exemple sur :

- **les compétences particulières de leurs membres et les domaines dans lesquels ils ou elles exercent leur profession,**
- **les certificats relatifs à une spécialité,**
- **les fautes professionnelles.**

f) Que le ministre adopte une politique exigeant que la partie du tableau des ordres que le public peut consulter soit accessible par Internet d'ici janvier 2006.

49. Que le paragraphe 23(1) du *Code* soit modifié de sorte à exiger qu'un ordre consigne au tableau l'ensemble des plaintes et rapports qu'il reçoit à l'égard de ses membres, de même que la suite qu'il y a donnée.

Chapitre 8 Qualité des soins

Aux termes de l'article 6 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* »), le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le « Conseil consultatif ») est tenu d'évaluer les programmes d'assurance de la qualité des ordres et de faire rapport de leur efficacité au ministre de la Santé et des Soins de longue durée. En conséquence, en janvier 1999, il a confié le soin au cabinet d'experts-conseils Harry Cummings and Associates (les « experts-conseils ») de procéder à cette évaluation. Les experts-conseils lui ont présenté leur rapport, *Final Report on the Evaluation of the Quality Assurance Programs of the Ontario Colleges of Health Professions*, en juillet 2000. Le Conseil consultatif, lui, a présenté un rapport au ministre en date d'octobre 2000.

Les recommandations du Conseil consultatif formulées dans son rapport d'octobre 2000 sont principalement basées sur les conclusions du rapport des experts-conseils, mais aussi sur les observations qu'il a recueillies lors des consultations publiques qu'il a organisées en vue de la présente étude de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* »). Le Conseil consultatif a fait une dizaine de recommandations au ministre portant sur l'expansion des programmes d'assurance de la qualité, le renforcement du savoir-faire des ordres en matière d'évaluation et la mise au point d'un système de surveillance du rendement susceptible de servir d'assise aux évaluations à venir. Ces recommandations sont jointes en annexe A.

Le présent chapitre porte avant tout sur les principes de responsabilité, de qualité des soins et de protection du public contre les préjudices et les lésions. Résumant pour l'essentiel le rapport du Conseil consultatif en date d'octobre 2000, il est divisé en deux parties :

1. Programmes d'assurance de la qualité des ordres
2. Assurance de la qualité en fonction du lieu de travail

1. Programmes d'assurance de la qualité des ordres

L'assurance de la qualité est l'un des quatre principes d'intérêt public cernés par le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé. Ce comité, insistant sur l'importance de mettre en place des mécanismes susceptibles de ren+1Xforcer la qualité des soins, avait recommandé l'adoption par chaque ordre d'un programme d'assurance de la qualité distinct pour la profession dont il assure la direction. L'exigence par la *Loi* que chaque ordre adopte effectivement un tel programme fait partie de ses dispositions novatrices et proactives qui ont fait de l'Ontario un chef de file en matière de réglementation des professions de la santé.

Chaque ordre est tenu de se doter d'un comité d'assurance de la qualité et de prendre des règlements prescrivant un programme d'assurance de la qualité. La *Loi* définit « programme d'assurance de la qualité » comme étant un programme visant à assurer la qualité de l'exercice de la profession et à promouvoir le maintien de la compétence parmi les membres. Les membres d'un ordre doivent obligatoirement participer à son programme d'assurance de la qualité et coopérer avec les personnes nommées par leur ordre comme évaluatrices ou évaluateur aux fins de ce programme.

La *Loi* n'établit pas de paramètres précis pour les programmes d'assurance de la qualité des ordres, mais le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié des lignes directrices

et des principes dont les ordres sont censés tenir compte lors de l'élaboration d'un tel programme. Ce faisant, le ministère a rappelé que l'objet des programmes d'assurance de la qualité comporte deux volets : l'amélioration des soins de santé et amélioration des effets de ces soins sur les patients.

Les experts-conseils Harry Cummings and Associates (les « experts-conseils ») que le Conseil consultatif a chargés d'évaluer l'efficacité des programmes d'assurance de la qualité des ordres ont constaté qu'il n'existait aucun modèle « idéal » pour ce type de programme qui s'appliquerait à l'ensemble des professions de la santé. Ils ont donc repéré les éléments de différents programmes en se basant sur la documentation et l'expérience des ordres, afin de concevoir un programme d'assurance de la qualité modèle. Ils se sont ensuite basés sur ce modèle pour procéder à une évaluation comparative des programmes des divers ordres, avec leur assentiment préalable.

L'évaluation des programmes d'assurance de la qualité des ordres s'est faite en deux étapes : des évaluations individuelles effectuées par les ordres, suivie d'une méta-évaluation; autrement dit une évaluation groupée des précédentes. La méta-évaluation a pris la forme d'une intégration et d'une analyse des conclusions tirées de l'examen des programmes d'assurance de la qualité des ordres comme des plans d'évaluation conçus et mis en œuvre par les ordres individuellement.

Point sur les programmes d'assurance de la qualité

Conclusions des experts-conseils

Le rapport de Harry Cummins and Associates fait ressortir qu'à une exception près, tous les ordres ont démontré qu'ils se sont dotés d'un programme d'assurance de la qualité comportant tout ou partie des six éléments du programme modèle. Quatre ordres ont pu faire état d'un programme comportant l'ensemble de ces six éléments qui sont :

- l'évaluation du travail des professionnels (p. ex., inspections aléatoires, par des pairs, sur place ou non, examen des dossiers médicaux par les évaluatrices et évaluateurs nommés aux fins du programme d'assurance de la qualité);
- le maintien de la compétence (p. ex., activités de formation professionnelle continue, auto-évaluation et dossiers de présentation professionnelle ou plans de perfectionnement);
- le revue et l'enrichissement de la profession en général (p. ex., bulletins, site Web, publications dans des revues spécialisées, séances d'information);
- les normes d'exercice (p. ex., code de déontologie, esquisse des compétences essentielles, directives cliniques);
- les critères d'admission à la profession (p. ex., examen d'admission);
- le perfectionnement des membres de la profession et remédiation (p. ex., aperçu des activités de remédiation recommandées).

Le rapport des experts-conseils fait également ressortir une série de difficultés auxquelles les ordres se sont heurtés dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs programmes d'assurance de la qualité, à savoir :

- des retards dans l'adoption par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée des règlements relatifs à l'assurance de la qualité;

- l'insuffisance des ressources financières et humaines disponibles pour les programmes d'assurance de la qualité;
- l'anxiété que les programmes d'assurance de la qualité causent parfois à leurs membres et la résistance que certains opposent à l'obligation de s'y conformer;
- la nécessité de concevoir des stratégies novatrices pour l'exécution du programme lorsqu'il existe au sein d'une même profession des champs d'application et des lieux de travail variés, de même que pour offrir des programmes de formation continue ou autres à des professionnels installés dans des régions éloignées;
- l'investissement en temps et en argent requis par les ordres de création plus récente pour se doter de programmes d'assurance de la qualité en partant de zéro;
- le rythme de renouvellement élevé des membres des comités d'assurance de la qualité;
- la mise en œuvre des programmes d'assurance de la qualité alors que le système de santé connaît des remaniements en profondeur.

Malgré la rapidité avec laquelle ils ont dû élaborer et mettre en œuvre leurs programmes d'assurance de la qualité, bon nombre d'ordres ont fait preuve de beaucoup d'originalité.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif voit dans l'exigence que chaque ordre se dote de son propre programme d'assurance de la qualité l'un des aspects les plus novateurs et les plus importants de la *Loi* pour ce qui est de renforcer la qualité des soins de santé disponibles en Ontario. Il n'ignore pas que les ordres gagneraient à être en mesure de mieux faire connaître les particularités de leurs programmes, non seulement entre eux, mais au public, aux principaux employeurs dans le domaine de la santé et aux organismes régissant les professions de la santé ailleurs qu'en Ontario. Les experts-conseils notent dans leur rapport que les ordres ont déjà échangé de l'information concernant leurs programmes respectifs par l'intermédiaire de leur fédération, les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario. La poursuite de tels échanges d'information pourrait présenter des avantages stratégiques pour ce qui est de la responsabilité des ordres de se doter de programmes d'assurance de la qualité, de cultiver de bonnes relations avec les patients et de s'assurer la confiance du public.

Mise au point d'un programme d'assurance de la qualité et participation des membres

Conclusions des experts-conseils

Le rapport des experts-conseils a mis en lumière la nécessité d'établir une relation entre les divers éléments du programme d'assurance de la qualité modèle, afin de garantir leur synergie, et donc l'efficacité du programme. Les cours et autres activités de formation professionnelle continue devraient par exemple s'inspirer des normes d'exercice. Les données recueillies lors des évaluations de l'exercice de la profession par ses membres ou des activités de remédiation auxquelles ceux-ci ont participé devraient servir à améliorer les normes d'exercice. Ainsi, les divers éléments peuvent s'enrichir les uns les autres, ce qui à terme devrait contribuer à l'amélioration des programmes d'assurance de la qualité.

L'efficacité globale des programmes d'assurance de la qualité dépend non seulement de celle de leurs divers éléments, elle est aussi fonction de la mesure dans laquelle ces éléments s'accolent et se complètent.

Les ordres se sont montrés proactifs dans le développement de stratégies variées visant à s'assurer la participation de leurs membres à leurs programmes d'assurance de la qualité, y compris :

- l'information des membres par l'animation d'ateliers ou de groupes de réflexion et par la publication d'articles dans leurs bulletins ou sur leurs sites Web;
- la consultation des membres par l'intermédiaire de sondages et d'évaluations de leurs besoins et la convocation à des exposés-conférence par des spécialistes de l'extérieur;
- la collaboration avec les établissements d'enseignement pour s'assurer que leurs diplômés possèdent bien la formation requise et soient au courant des attentes auxquelles il leur faudra satisfaire dans l'exercice de leur profession.

Le rapport des experts-conseils confirme la validité de ces différentes stratégies et recommande que les ordres poursuivent leurs efforts pour vanter les mérites de leurs programmes d'assurance de la qualité à leurs membres et obtenir leur pleine adhésion à ses divers éléments. L'adhésion des membres des professions de la santé à ces programmes est d'autant plus précieuse qu'il ressort de l'examen de la documentation par les experts-conseils combien leur scepticisme quant à la raison-d'être et la validité de ces programmes, leur absence de motivation à y participer et le peu de temps qu'ils ont à y consacrer entravent la mise en œuvre de ces programmes. Les ordres ont constaté une résistance particulièrement forte de la part de leurs membres à l'évaluation de leur travail au moyen d'inspections professionnelles, communément appelées évaluations ou contrôles par les pairs.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif soutient qu'il est indispensable que tous les ordres sans exception mettent en œuvre la totalité des six éléments du programme d'assurance de la qualité modèle, y compris les inspections professionnelles. Il est par ailleurs d'avis que les ordres doivent impérativement élaborer des plans d'évaluation de l'efficacité de leurs programmes d'assurance de la qualité, en vue de leur amélioration continue.

La fédération des ordres, les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, représente le moyen parfait pour les ordres d'échanger de l'information sur leurs connaissances et leur savoir-faire en matière de mise au point de programmes d'assurance de la qualité. Il ressort de la recherche effectuée dans le secteur de la santé et d'autres que les programmes d'assurance de la qualité évoluent sans arrêt et qu'il peut s'avérer coûteux pour les ordres de se tenir au fait des nouveautés dans ce domaine par leurs propres moyens. Le Conseil consultatif est d'accord que la mise en commun de l'information par l'intermédiaire d'un organisme-cadre est une façon avantageuse pour les ordres de se tenir au courant de ce qui se fait ailleurs en matière d'assurance de la qualité, de bénéficier des leçons tirées par les uns et les autres de la mise en œuvre de leurs programmes et de promouvoir l'adhésion de leurs membres à leurs activités dans ce domaine.

Évaluation des programmes et renforcement des capacités afférentes

Conclusions des experts-conseils

Le rapport des experts-conseils souligne l'importance d'évaluer les programmes d'assurance de la qualité des ordres et donc de la capacité de ces derniers de procéder à de telles évaluations. L'évaluation effectuée par les experts-conseils a aidé les ordres à acquérir de nouvelles capacités

en matière d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de leurs programmes. Un aspect intéressant de ce processus d'apprentissage a été le recensement d'indicateurs de rendement pouvant servir à mesurer l'incidence des programmes d'assurance de la qualité des ordres.

Le rapport des experts-conseils énumère une première série d'indicateurs qui se sont avérés d'une utilité particulière, à savoir :

- le pourcentage de membres se conformant aux divers éléments du programme;
- le nombre et le pourcentage de membres se mettant en rapport avec l'ordre pour se renseigner sur le programme d'assurance de la qualité;
- le nombre de particuliers cherchant à obtenir des renseignements sur le programme;
- la conformité des membres aux normes d'exercice;
- le suivi des plaintes déposées par les patients;
- le pourcentage de membres à l'égard desquels les évaluations par les pairs donnent des résultats satisfaisants;
- le pourcentage de membres à qui une remédiation est conseillées;
- le degré de satisfaction de la clientèle des membres.

Analyse du Conseil consultatif

L'un des objectifs essentiels du système de réglementation des professions de la santé est de protéger le public contre la prestation de soins par des personnes incompétentes, et donc de promouvoir le maintien de la compétence des membres des ordres. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée est chargé de veiller à l'administration de ce système et de s'assurer que les ordres se dotent de programmes d'assurance de la qualité efficaces. Les études effectuées par le Conseil consultatif et la surveillance continue du rendement sont deux mécanismes clés par lesquels le ministre s'acquitte de ses responsabilités.

Le Conseil consultatif maintient qu'il convient de voir l'évaluation des programmes d'assurance de la qualité des ordres comme un processus continu et non ponctuel. Selon lui, cette évaluation représente un aspect fondamental de l'amélioration continue de la qualité et devrait s'appuyer sur un système de surveillance du rendement. L'évaluation continue de l'efficacité des programmes d'assurance de la qualité présente de grands avantages pour les ordres, pour ne pas dire qu'elle leur est indispensable s'ils veulent que leurs programmes contribuent à rehausser la qualité des soins offerts aux Ontariennes et aux Ontariens.

Le Conseil consultatif est conscient du fait que les ordres n'ont eu qu'assez peu de temps pour mettre au point leurs programmes d'assurance de la qualité, élaborer des règlements afférents en vue de leur approbation par le Conseil des ministres, régler les problèmes de mise en œuvre de leurs programmes et concevoir des plans d'évaluation s'inscrivant dans un cadre commun. Il salue par ailleurs les ordres pour tous les efforts et les moyens qu'ils ont déployés pour se doter de programmes d'assurance de la qualité et planifier leur évaluation. Tout au long de son analyse et de la formulation de ses recommandations, le Conseil consultatif a gardé à l'esprit les accomplissements des ordres malgré les contraintes auxquelles ils étaient soumis, mais aussi la nécessité de renforcer leurs capacités d'amélioration continue des soins de santé par l'intermédiaire d'activités de surveillance et d'évaluation.

2. Assurance de la qualité en fonction des lieux de travail

À l'heure actuelle, les ordres prennent connaissance des problèmes propres à certains lieux de travail par l'intermédiaire soit des évaluations qu'ils effectuent dans le cadre de leurs programmes d'assurance de la qualité, soit des rapports que leur présentent des membres travaillant dans les milieux en question. Ces problèmes peuvent prendre des formes variées, depuis un manque de fournitures ou autres ressources jusqu'à du matériel défectueux ou mal entretenu, en passant par des lieux de travail mal agencés, des protocoles mal conçus ou encore une surcharge de travail.

Un problème qui touche l'ensemble du système sont les résultats aussi néfastes qu'inattendus de certains soins, p. ex. suite à des erreurs médicales ou pharmaceutiques. Quantité de facteurs inhérents à un lieu de travail jouent sur la capacité d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé de fournir des soins de qualité. Les sources de stress telles que le changement technologique et la surcharge de travail augmentent le risque d'erreur humaine. Ces erreurs sont particulièrement fréquentes dans des milieux tels que les hôpitaux, avec leurs professionnels polyvalents et leur multiples politiques et procédures. Les patients n'ont pas toujours connaissance de ces erreurs, qui ne sont parfois découvertes que si elles entraînent des lésions ou autres préjudices accidentels, voire un décès faisant l'objet d'une d'enquête du coroner.

Il n'est pas toujours apparent si un résultat néfaste inattendu est attribuable à une erreur ni d'ailleurs sur qui ou quoi en rejeter la faute, sur la professionnelle ou le professionnel de la santé, son employeur ou l'établissement de santé. Il n'existe aucun mécanisme d'examen de ces incidents et donc aucun moyen d'en tirer les leçons et de prendre des mesures correctives pour protéger le public contre tout risque de préjudices ou de lésions renouvelés.

Résultat des consultations

Une vingtaine de groupes en tout, y compris des ordres, des associations professionnelles, des établissements d'enseignement et des conseils régionaux de santé, de même que plusieurs prestateurs de soins de santé, ont manifesté leur inquiétude face à l'influence des lieux de travail sur la capacité des professionnels de la santé de se conformer aux normes d'exercice de leurs professions.

Les ordres et les associations professionnelles s'interrogent sur la façon dont leurs membres sont censés garantir le respect des normes d'exercice de leurs professions lorsque ce sont leurs employeurs qui décident de leurs conditions de travail. Selon eux, les contraintes associées à la réduction des effectifs, à la surcharge de travail, de même qu'aux attentes des employeurs en matière de productivité et autres compromettent la capacité des professionnels de la santé de fournir des soins de qualité. Il s'agit là d'un problème qui touche le système de santé tout entier.

La plupart des vingt groupes susmentionnés se sont prononcés en faveur de la mise en place d'un mécanisme ou la création de pouvoirs additionnels en vue de repérer, de signaler et de régler ces problèmes ou irrégularités propres aux lieux de travail. Onze d'entre deux estiment que c'est aux ordres qu'il conviendrait de conférer ces pouvoirs additionnels; un seul organisme regroupant des prestateurs de soins de longue durée, la Ontario Long-Term Care Association (anciennement connue sous le nom de Ontario Nursing Home Association), s'oppose à l'imposition de responsabilités ou l'octroi de pouvoirs additionnels aux ordres susceptibles d'influer directement sur les milieux de prestation des soins de santé. Cette association considère qu'il existe déjà bien

assez de paliers de responsabilité pour garantir la prestation efficace de soins de qualité, sans risque pour le public, dans les établissements de soins de longue durée.

L'Ordre des pharmaciens de l'Ontario revendique le pouvoir d'inspecter et de réglementer les pharmacies des hôpitaux, au même titre que toutes les autres pharmacies. Son argument est que ce n'est qu'en soumettant les pharmacies à l'obtention d'un permis tout comme le sont les pharmaciennes et les pharmaciens que le public sera assuré d'une protection adéquate.

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario reconnaît que les problèmes propres aux lieux de travail ne relèvent pas de la compétence d'un seul ordre, mais de plusieurs, qu'ils font entrer en jeu divers textes législatifs et qu'ils ont des effets non seulement sur les professions de la santé réglementées, mais sur tous les prestateurs de soins de santé qui se côtoient au même endroit.. Il souligne par ailleurs que certains lieux de travail, tels que les maisons de retraite ou les foyers de groupe, ne sont soumis à aucune loi.

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario souhaiterait que la *Loi* oblige les ordres à signaler au ministre de la Santé et des Soins de longue durée les situations extraordinaires présentant un *grave* risque pour la sécurité du public, tout en chargeant le ministre de prendre dans les meilleurs délais les mesures nécessaires en matière d'application de la loi ou autres pour remédier aux irrégularités repérées. L'Ordre recommande à cet égard l'établissement de critères (p. ex., la gravité ou la fréquence des problèmes) dictant quelles situations entraîneraient leur signalement obligatoire au ministre par l'ordre compétent.

L'association ontarienne des techniciennes et techniciens en radiation médicale (Ontario Association of Medical Radiation Technologists) rappelle elle aussi que ce sont les employeurs de leurs membres qui en dictent les conditions de travail et qui leur imposent donc des normes d'exercice. L'association affirme que ses membres sont de plus en plus souvent amenés à utiliser des machines surannées ou mal entretenues, de même que des fournitures de troisième ordre, et qu'il leur faut se débrouiller sans personnel de soutien à cause des pénuries de personnel ou d'une érosion des compétences attribuable à des affectations mal avisées.

Selon cette association professionnelle, il serait grand temps de conférer aux ordres les pouvoirs d'enquêter sur les lieux de travail et de tenir les employeurs responsables des irrégularités qui y sont constatées, le cas échéant. Elle préconise par ailleurs l'adoption d'une disposition garantissant la protection des professionnels de la santé qui dénonceraient de telles irrégularités à leurs ordres.

Analyse du Conseil consultatif

Il existe déjà une série de mécanismes qui autorisent ou obligent les professionnels de la santé à faire rapport de certaines situations dangereuses, des préjudices aux patients ou des déficiences au niveau de la qualité des soins. Ces mécanismes s'appliquent à la plupart des pharmacies et des établissements financés par les fonds publics, mais pas aux établissements privés (cliniques de réadaptation et de physiothérapie, cabinets d'opticien, etc.).

Ces mécanismes sont décrits plus en détail ci-après.

1. *Loi sur les hôpitaux publics*

Il est généralement admis que la qualité des soins fournis dans un établissement hospitalier est la responsabilité du conseil de l'hôpital en question. Aux termes de la *Loi sur les hôpitaux publics*, chaque hôpital doit se doter d'un comité médical consultatif[34] chargé de :

a) faire des recommandations au conseil concernant :
   - la qualité des soins fournis dans l'hôpital par les médecins, les dentistes et les sages-femmes;
   - la qualité des soins fournis dans l'hôpital par le personnel infirmier titulaires d'un certificat d'inscription supérieur pour ce qui est d'ordonner des tests de diagnostic;
   - les règles d'exercice cliniques et générales applicables, selon les circonstances, aux médecins, aux dentistes, aux sages-femmes et au personnel infirmier titulaire d'un certificat d'inscription supérieur;

b) superviser l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la profession de sage-femme au sein de l'hôpital, de même que l'ordonnance de tests de diagnostic par le personnel infirmier titulaire d'un certificat d'inscription supérieur.

Par ailleurs, le paragraphe 10(1) du Règlement de l'Ontario 965, R.R.O. de 1990, prévoit qu'une inspectrice ou un inspecteur peut entrer dans les locaux de l'hôpital aux fins d'y faire une inspection afin de s'assurer de la conformité aux dispositions de la *Loi* et du Règlement de l'Ontario 965 pris en application de la *Loi sur les hôpitaux publics*.

2. *Loi sur les établissements de bienfaisance*

Selon l'article 9.16 de cette loi, la personne morale agréée qui entretient et fait fonctionner un foyer de bienfaisance pour personnes âgées agréé veille à ce que soit élaboré et mis en oeuvre un système de gestion de la qualité visant à surveiller, évaluer et améliorer la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux pensionnaires du foyer.

Le paragraphe 10.1(2) de cette même loi précise qu'un inspecteur peut pénétrer dans un foyer de bienfaisance pour personnes âgées agréé et en faire l'inspection en vue de déterminer si la loi et ses règlements y sont observés.

Enfin, aux termes de l'alinéa 12.1(b.7), le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par règlement, régir le traitement, les soins et la mise en congé des pensionnaires des foyers de bienfaisance pour personnes âgées agréés.

3. *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*

La *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* contient une disposition prescrivant l'élaboration et la mise en œuvre d'un système de gestion de la qualité visant à surveiller, évaluer et améliorer la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents des établissements auxquels elle s'applique.[35]

---

[34] Paragraphe 35(1) de la *Loi sur les hôpitaux publics*.
[35] Article 19.6 de la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*.

La *Loi* autorise par ailleurs une inspectrice ou un inspecteur à pénétrer dans un tel établissement et à en faire l'inspection en vue de déterminer si la loi et ses règlements sont observés. Enfin, cette loi prévoit que l'inspectrice ou l'inspecteur prépare un rapport d'inspection et en remet une copie à la municipalité qui exploite le foyer ou au conseil de gestion du foyer, selon le cas.

4. *Loi sur les établissements de santé autonomes*

Conformément aux paragraphes 7(10) et 18(2) de cette loi, la directrice ou le directeur des établissements de santé autonome, nommé à ses fonctions par le ministre, peut suspendre ou révoquer le permis d'un établissement qui est exploité d'une façon qui constitue un danger immédiat pour la santé ou la sécurité de qui que ce soit.

La directrice ou le directeur peut ordonner à un ou plusieurs inspecteurs ou inspectrices de faire enquête afin de s'assurer du respect de la loi et de ses règlements d'application. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario est légalement chargé de différentes fonctions d'inspection et d'évaluation de la qualité, y compris la mise au point de règles d'exercice clinique et de normes applicables aux établissements de santé autonomes et aux services médicaux qui y sont fournis. Les responsabilités de l'Ordre incluent :

- évaluer, à la demande du ministère, la qualité des soins fournis dans les établissements de santé autonomes;
- enquêter, à la demande du ministère, sur l'imposition de frais d'établissement illicites par des établissements non agréés;
- surveiller les résultats produits par les soins dans les établissements de santé autonomes (les exploitants des établissements sont tenus d'établir et de maintenir un système pour assurer le contrôle de ces résultats);
- offrir des services de formation aux établissements de santé autonomes et les aider dans l'amélioration continue des services qu'ils fournissent à leur clientèle.

5. Centres d'accès aux soins communautaires

Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), constitués aux termes de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*, ont pour rôle de coordonner l'accès à la plupart des services de santé communautaire. En plus de fournir des services d'information et d'aiguillage et de coordonner les placements dans les établissements de soins de longue durée, les CASC achètent des services infirmiers, des services de thérapie et des services d'aides familiales ou de soutien à la personne auprès de fournisseurs locaux pour le compte de leur clientèle, à qui ils sont fournis soit à domicile, soit encore dans des écoles, aux termes du programme de Services auxiliaires de santé dans les écoles.

Les contrats entre les CASC et les fournisseurs établissent pour la prestation des services des normes qui reposent en grande partie sur la *Loi* et prévoient des recours en cas de manquement à ces normes. Deux types de services sont soumis à des normes différentes : ceux des travailleurs sociaux (dorénavant régis par l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario) et ceux des préposés aux services de soutien à la personne ou aides familiales. En ce qui concerne les préposés aux services de soutien à la personne ou aides familiales, les normes de prestation de leurs services sont arrêtées jusque

dans les moindres détails dans les contrats négocié entre l'organisme dont ils relèvent et le CASC qui fait l'acquisition de leurs services.

Il ne ressort pas clairement des observations présentées au Conseil consultatif si les dispositions ci-dessus sont bien connues ou appliquées. Il n'est pas clair non plus si ces mécanismes pourraient ou devraient s'appliquer aux ordres (par opposition aux professionnels de la santé individuels).

Ceci étant dit, rien dans aucun texte législatif n'interdit explicitement aux ordres (ni à qui que ce soit) de signaler des situations graves à la personne responsable de l'administration ou de la direction d'un établissement en même temps qu'au ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

Tout membre d'une profession de la santé qui pense qu'une collègue ou un collègue a commis une erreur médicale ou une erreur dans l'administration de médicaments peut en faire rapport à l'ordre compétent, mais rien ne l'y oblige. Savoir à qui ou à quoi attribuer la faute dans une situation pareille, entre la professionnelle ou le professionnel de la santé, son employeur ou l'établissement où l'incident a eu lieu, n'est pas toujours aisé.

Les répercussions de telles erreurs peuvent toutefois être désastreuses. Dans sa publication *Communiqué* (juin 2000, volume 25, numéro 1), l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario note que les erreurs d'administration de médicaments est « un problème très répandu dans les réseaux de la santé spécialisés de nombreux pays » (p. 6), ajoutant que « en Ontario, il n'existe pas de mécanisme de collecte et d'analyse des données sur les erreurs d'administration de médicaments » (p. 7).

Le Conseil consultatif s'est entendu dire, lors des consultations qu'il a menées aux fins de la présente étude quinquennale, que les erreurs au niveau de la prestation des soins de santé ont des conséquences désastreuses pour les patients et leur famille, mais que rien n'est prévu en termes de recours ni de réparation pour éviter qu'elles ne soient répétées.

Plusieurs initiatives ont été lancées aux États-Unis pour enrayer les erreurs médicales. Un organisme chargé de l'agrément des établissements de santé par exemple, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, assortit le renouvellement de l'agrément des hôpitaux à l'obligation de faire rapport de tous cas inattendu de limitation fonctionnelle permanente ou de décès chez ses patients, ainsi que des facteurs qui en sont la cause.

Le Conseil consultatif estime que la portée de la *Loi* n'englobe pas les mécanismes d'assurance de la qualité des soins dans différents milieux de prestation tels que les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Les ordres ont pour rôle de réglementer l'exercice d'une profession donnée, et ce dans l'intérêt du public. Leur conférer le pouvoir de dépister, de dénoncer ou désamorcer les situations dangereuses sur les lieux de travail serait les inciter à outrepasser leur mandat actuel aux termes de la *Loi*, et risquerait même de créer des chevauchements ou des conflits avec le mandat des divers programmes ministériels ou d'autres dispositions législatives. Pareil changement pourrait brouiller les cartes en ce qui a trait aux responsabilités des uns et des autres.

Il arrive souvent que les actions et les responsabilités de personnes qui ne sont pas soumises à la *Loi*, tels que les propriétaires des établissements, d'autres employeurs ou des professionnels de la santé non réglementés participant à la prestation de services à financement privé ou public relevant de la compétence de plus d'un ordre contribuent aux problèmes survenant sur les lieux de travail en matière d'assurance de la qualité. Le Conseil consultatif ne pense pas que la *Loi* soit l'outil approprié pour s'attaquer aux problèmes généraux de qualité des soins qui se posent dans l'ensemble du système de santé ontarien. Il préconise plutôt la mise sur pied par le ministre d'un groupe d'étude chargé d'examiner les questions relatives à l'assurance de la qualité qui dépassent la portée de la *Loi*.

Les erreurs au niveau de la prestation de soins de santé, bien qu'involontaires, sont parfois assez graves pour causer l'invalidité ou le décès d'une patiente ou d'un patient. Il importe donc créer un système d'amélioration continue de la qualité qui permette de relever les erreurs, d'examiner les facteurs qui y ont contribué et de déterminer comment éviter qu'elles ne se reproduisent. Il serait bon qu'un groupe d'étude sur les erreurs qui surviennent dans le système de santé se charge de définir les erreurs dont la déclaration serait obligatoire et se penche sur la façon :

- d'encourager le signalement des erreurs;
- d'exiger la communication des erreurs aux patients, à leur famille et à un organe central;
- de renforcer les capacités de dépistage et d'analyse des facteurs humains et organisationnels qui contribuent aux erreurs;
- de maintenir une base de données centrale sur les erreurs les plus courantes;
- de consacrer des ressources à l'étude continue des initiatives pertinentes lancées à l'extérieur de l'Ontario, au Canada ou ailleurs, afin de faciliter les transferts de savoir-faire.

Recommandation du Conseil consultatif

50. Que le ministre constitue un groupe d'étude chargé de concevoir un système pour rendre compte et traiter des erreurs dans la prestation des soins de santé qui ont des conséquences graves pour les patients et pour éviter que ces erreurs ne se reproduisent.

Chapitre 9 Relations avec les patients

Selon l'article 6 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* »), cinq ans après l'entrée en vigueur de celle-ci, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le « Conseil consultatif ») est tenu d'évaluer les programmes de relations avec les patients des ordres et de faire rapport de leur efficacité au ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Le Conseil consultatif est par ailleurs tenu, aux termes du paragraphe 11(2), de surveiller les programmes de relations avec les patients des ordres en permanence et de donner son avis au ministre sur leur efficacité.

Durant l'exercice 1998-1999, PricewaterhouseCoopers (PwC) a effectué une étude descriptive visant à faire le point sur les programmes des ordres en matière de relations avec les patients, et ce en conjonction avec l'évaluation des procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel demandée par le Conseil consultatif.

Par la suite, le Conseil consultatif a confié au cabinet d'experts-conseils Harry Cummings and Associates (les « experts-conseils ») le soin de procéder à l'évaluation des programmes de relations avec les patients des ordres. Cette évaluation s'est concentrée sur l'efficacité *vraisemblable* de ces programmes, en partant du principe qu'une évaluation plus détaillée aurait lieu à une date ultérieure, une fois que des indicateurs de rendement auront été arrêtés et approuvés par l'ensemble des ordres. Les experts-conseils ont achevé leur évaluation en février 2001. À la date du présent rapport, le Conseil consultatif finalise ses recommandations au ministre, qu'il compte lui présenter en mars 2001. Le présent rapport de l'étude quinquennale de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* ») tient compte des observations formulées par les experts-conseils à l'issue de leur évaluation.

Point sur les programmes de relations avec les patients

Aux termes de la *Loi,* l'ensemble des ordres régissant les professions de la santé réglementées étaient tenus de se doter d'un programme de relations avec les patients au plus tard au 31 décembre 1994. Le *Code des professions de la santé* (le « *Code* ») incorporé à la *Loi* définit un tel programme comme étant un « programme visant à améliorer les relations entre les membres et les patients ».[36]

Toujours aux termes de la *Loi*, le programme de relations avec les patients doit comprendre des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients ou à traiter de ceux-ci. Ces mesures doivent porter sur :

- les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres;
- les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patients;
- la formation à donner au personnel de l'ordre;
- la communication de renseignements au public.

De plus, les ordres doivent allouer des fonds pour la thérapie et les consultations destinées aux personnes qui, lorsqu'elles étaient des patients, ont été victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de leurs membres.

[36] Paragraphe 1(1) du *Code*.

L'intention des dispositions de la *Loi* relatives aux mauvais traitements d'ordre sexuel des patients par les membres des professions de la santé réglementées est d'encourager le signalement de ce type de traitements, d'assurer le financement de la thérapie et des consultations des personnes qui en ont été victimes et, à terme, d'enrayer les mauvais traitements d'ordre sexuel des patients grâce à une sensibilisation accrue aux risques s'y rapportant, des lignes directrices plus strictes et la prise de mesures plus efficaces suite à une plainte ou un rapport visant une professionnelle ou un professionnel réglementé.

Les programmes de relations avec les patients des ordres n'ont que peu de composantes, certainement bien moins que les procédures relatives aux plaintes et à la discipline ou les programmes d'assurance de la qualités. L'ensemble des ordres ont satisfait à l'exigence de la *Loi* de se doter d'un programme de relations avec les patients qui comprenne des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel ou à en traiter, mais certains sont allés moins loin que d'autres. Tous les ordres se chargent à des degrés divers de la sensibilisation de leurs membres aux risques de mauvais traitements, de l'information du public, de l'éducation de leur personnel ou de l'élaboration de lignes de conduite. Tous aussi allouent des fonds pour la thérapie et les consultations, mais les modalités d'accès à ces fonds varient.

Pour les ordres, le plus problématique de tous les aspects des programmes de relations avec les patients est l'information du public. Le public est représente un groupe immense, hétérogène, dont les besoins en information et les moyens d'y accéder sont très différents. D'après le sondage réalisé par PwC en 1999, pas plus d'une personne sur trois parmi les personnes interrogées dit être certaine ou à peu près certaine de savoir où et comment déposer une plainte à l'égard d'une faute professionnelle d'ordre sexuel par une ou un membre d'une profession de la santé réglementée. La *Loi* établit un cadre de réglementation, pas des lignes directrices, et ne précise donc pas comment l'information du public est censée se faire. Présentement, certains ordres, proactifs, diffusent de l'information de leur propre initiative, d'autres ne le font que sur demande.

Tous les ordres ont mis sur pied un comité des relations avec les patients, mais ce n'est pas toujours lui, mais d'autres comités, voire le bureau d'un ordre qui dirige les activités liées à ces relations, ce qui le rend bien inutile.

Analyse du Conseil consultatif

Portée des programmes de relations avec les patients

Le Conseil consultatif maintient que la portée des programmes de relations avec les patients ne devrait pas se limiter aux mauvais traitements d'ordre sexuel. Selon lui, ils devraient essentiellement avoir pour objet l'amélioration des relations entre les professionnels de la santé et les patients, de même que les relations entre les patients et les ordres. Le respect envers les patients et la sensibilité à leurs antécédents culturels, un bon dialogue entre les professionnels de la santé et leurs patients ou encore le consentement des patients aux traitements qui leur sont proposés sont autant d'éléments qui relèvent des relations avec les patients.

Les programmes de relations avec les patients bien pensés appuient les principaux objectifs de la *Loi* (qualité des soins, protection du public et responsabilité) et peuvent dans large mesure aider à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel. Associés à des campagnes d'information du public, ils peuvent aussi servir à renforcer la contribution du public aux efforts des ordres en vue

d'une réglementation efficace des professions de la santé. Le Conseil consultatif considère que les ordres et les particuliers forment un partenariat : la capacité des ordres d'assurer la protection du public est grandement tributaire de l'apport des membres du public par l'intermédiaire de la demande de renseignements, du dépôt de plaintes et généralement de l'intérêt porté aux activités des ordres et à l'issue de leurs procédures. Trop peu de cas est fait de la nécessité d'appuyer le public dans ce rôle.

Le Conseil consultatif est par ailleurs perturbé par le fait que le paragraphe 84(2) du *Code* dise que les programmes de relations avec les patients des ordres doivent comprendre des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients *ou* à traiter de ceux-ci. Cette formulation a essentiellement pour effet de rendre les programmes de prévention facultatifs. Le Conseil consultatif est d'avis qu'il y va de l'intérêt public d'obliger les ordres à inclure un volet de prévention dans leur programme de relations avec les patients. D'après PwC, seulement 14 des 21 ordres se sont dotés de programmes de relations avec les patients comprenant des mesures visant *à la fois* à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients *et* à traiter de ceux-ci.

Les programmes de relations avec les patients peuvent avoir une portée plus vaste que la prévention des mauvais traitements d'ordre sexuel. Les objets des ordres incluent l'élaboration et le maintien de programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du *Code* et de la *Loi*.[37] Le *Code* précise par ailleurs que dans la poursuite de ses objets, l'ordre est tenu de servir et de protéger l'intérêt public.[38] Les ordres peuvent s'acquitter de cette responsabilité par des activités visant à apporter au public tout type d'information susceptible de le protéger contre les préjudices et les lésions, y compris de l'information sur la meilleure façon d'utiliser les procédures de l'ordre pour exercer leurs droits aux termes de la *Loi*.

Les programmes de relations avec les patients ont beau être l'une des pierres angulaires du système de réglementation des professions de la santé, le Conseil consultatif estime, à la lumière des conclusions tirées l'évaluation de ces programmes, que l'existence d'un comité spécial chargé de ces relations n'est pas indispensable. Tel qu'indiqué au chapitre 5, Direction des professions par les ordres (page 57), le Conseil consultatif pense qu'il serait préférable que les ordres soient libres de décider comment répartir en leur sein les fonctions de planification et de mise en œuvre associées aux activités de relations avec les patients. Chargé par la *Loi* de surveiller le programme de relations avec les patients de chacun des ordres, le Conseil consultatif maintient qu'il y aurait lieu de modifier la *Loi* de sorte à accorder cette marge de manœuvre aux ordres. Les dispositions de la *Loi* exigeant que chaque ordre offre un programme de relations avec les patients et que le Conseil consultatif surveille ce programme devraient offrir des garanties suffisantes pour ce qui est des relations avec les patients. C'est ce que le Conseil consultatif recommande au chapitre 5, page 57.

Information du public

Les ordres collaborent depuis quelque temps déjà à la production de documents destinés à l'information du public, comme par exemple un dépliant sur leur rôle, et ce par l'intermédiaire de leur fédération, les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario. Pareille collaboration est avantageuse, vu qu'elle évite la répétition inutile des efforts. La communication

[37] Paragraphe 3(1) du *Code*.
[38] Paragraphe 3(2) du *Code*.

de renseignements au public reste toutefois une composante prescrite du programme de relations avec les patients de chaque ordre. Or, certains ordres se heurtent à la résistance de leurs membres quant il s'agit par exemple de distribuer des documents visant à informer le public de son droit de se renseigner sur la conduite d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé, voire de s'en plaindre.

Le rapport de PwC aborde l'éventuelle responsabilité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de financer l'information du public. On y lit que les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario lui ont présenté une demande à cet effet en 1994, mais que la position du ministère à l'époque avait été qu'il n'avait pas de fonds à y consacrer.

Le Conseil consultatif ne trouve pas juste que pour la simple raison que la communication de renseignements au public est la responsabilité des ordres, leurs membres soient tenus d'assurer à eux seuls, par l'intermédiaire des cotisations qu'ils versent à ces derniers, le financement d'activités de sensibilisation du public à des questions qui touchent la société en général. De plus, le Conseil consultatif maintient que l'information du public ne devrait pas être la responsabilité exclusive des ordres. Compte tenu de l'ampleur de la tâche et du savoir-faire qu'elle exige, le Conseil consultatif affirme que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait prendre les devants pour s'assurer que le public est conscient des droits et des recours fondamentaux dont il dispose aux termes de la *Loi*. Le sujet de l'information du public est repris plus en détail au chapitre 10, Rôles et responsabilités (page 124).

Éducation des membres des ordres

PwC a sondé les professionnels régis par les ordres à propos des activités d'éducation que ces derniers leur proposent. Les personnes interrogées qualifient les bulletins de leur ordre de très instructifs. Pourtant, le rapport de PwC montre que les membres des ordres n'ont souvent qu'une connaissance très superficielle des exigences législatives visant leur profession (rapport de PwC, vol. 3, p. 6). Ce que les ordres proposent à leurs membres en matière d'éducation sont surtout des activités ponctuelles, portant par exemple sur le dépôt obligatoire de rapports et de dépassement des limites à respecter dans les rapports entre une professionnelle ou un professionnel de la santé et ses patients.

Invités à se prononcer sur la question de savoir si la prise de conscience des dispositions législatives les avaient amenés à modifier leur comportement, une grande partie des professionnels ayant participé au sondage affirment que non, ni vis-à-vis de leurs patients (64 pour 100), ni vis-à-vis de leurs collègues (75 pour 100) (rapport de PwC, vol. 3, p. 11). Ceci étant dit, les personnes du sexe masculin, chez qui le risque de mauvais traitements d'ordre sexuel envers les patients est plus élevé que chez leurs collègues du sexe opposé, sont plus nombreux que celles-ci à admettre que leur comportement a changé une fois qu'ils ont pris connaissance de la *Loi*. Par ailleurs, les membres de certaines professions où le risque de mauvais traitements d'ordre sexuel est supérieur à celui constaté ailleurs (d'après le nombre de plaintes déposées par rapport à la taille de la profession), tels que la physiothérapie et la chiropratique, sont aussi plus nombreux que leurs collègues diététistes, pharmaciens ou techniciens de laboratoire médical à dire que la *Loi* a influencé leur comportement (rapport de PwC report, vol. 3, p. 32).

La prévention des mauvais traitements d'ordre sexuel que les patients peuvent subir aux mains des professionnels de la santé est impensable sans éducation de ces derniers. Il est impératif que les membres des professions de la santé réglementées soient sensibles aux risques intrinsèques de mauvais traitements d'ordre sexuel de leur profession et de leurs lieux de travail. Il faut aussi les aider à s'acquitter de leurs responsabilités professionnelles et déontologiques, y compris le dépôt obligatoire de rapports exigé par la *Loi*.

Au vu du rapport de PwC, le Conseil consultatif constate, d'une part, que les membres des professions de la santé réglementées sont prêts à faire l'effort et à prendre le temps de se tenir au courant des moyens de prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel des patients et, d'autre part, que la majorité de ces personnes ont à cœur d'offrir à leurs patients les soins les plus avancés et les plus irréprochables possible.

Recommandations du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif tient à limiter pour le moment ses recommandations concernant les programmes de relations avec les patients des ordres. Il se propose d'en formuler de plus détaillées une fois qu'il aura pu analyser les résultats de l'évaluation de ces programmes.

51. **Que le paragraphe 84(2) de la *Loi*, exigeant des ordres qu'ils préviennent les mauvais traitements d'ordre sexuel ou qu'ils traitent de ceux-ci, soit modifié de sorte à ce que les ordres soient tenus à la fois de prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel *et* d'en traiter.**
52. **Que l'article 84 du *Code* soit modifié de sorte à exiger que les programmes de relations avec les patients comprennent des mesures autres que celles visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients et à traiter de ceux-ci.**

Le Conseil consultatif examinera les questions relatives à l'information du public plus en détail dans son rapport distinct sur les programmes de relations avec les patients.

Chapitre 10 Rôles et responsabilités du ministre et du Conseil consultatif

Les chapitres qui précèdent examinent la régie autonome des professions de la santé soumises à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* ») sous l'angle des rôles et responsabilités tant des 21 ordres assurant cette régie que de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé (la « Commission »). Le présent chapitre porte sur les rôles et responsabilités du ministre de la Santé et des Soins de longue durée et du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le « Conseil consultatif »), tels qu'énoncés dans la *Loi*.

Quoique les 23 professions de la santé réglementées de l'Ontario soient autonomes, le ministre, le Conseil consultatif et la Commission jouent tous des rôles différents, mais complémentaires et essentiels pour ce qui de renforcer la responsabilité des professions et de veiller à ce que le système de réglementation des professions de la santé comporte d'indispensables freins et contrepoids. L'efficacité générale de ce système exige tout d'abord de l'efficacité à deux autres niveaux, à savoir :

- l'exécution par les ordres, la Commission, le ministre ou ministère et le Conseil consultatif de leurs rôles et responsabilités;
- les communications entre ces intervenants, leur coopération et leurs actions conjointes.

Le présent chapitre est subdivisé comme suit :

Section 1 : Rôle et responsabilités du ministre
1. Information du public
2. Teneur des programmes d'information du public
3. Exécution de la *Loi*
4. Rapports entre les ordres et le ministère
5. Fonctions de surveillance et de contrôle
6. Collecte de données aux fins de planification

Section 2 : Rôle et responsabilités du Conseil consultatif
7. Prochaines études de la *Loi* et des lois sur une profession de la santé
8. Communication au public des rapports du Conseil consultatif
9. Questions soumises au Conseil consultatif
10. Évaluation des programmes et surveillance continue du rendement

Section 1. Rôle et responsabilités du ministre

Selon la *Loi*, c'est le ministre de la Santé et des Soins de longue durée qui est responsable de l'application de la *Loi*.[39] Il lui incombe de garantir la réglementation et la coordination des professions de la santé dans l'intérêt du public, l'établissement et le respect de normes d'exercice appropriées ainsi que la possibilité pour les particuliers d'avoir accès aux services des professions de la santé de leur choix et d'être traités avec sensibilité et respect dans leurs rapports

[39] Article 2 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

avec les professionnels de la santé, les ordres et la Commission d'appel et de révision des professions de la santé.[40]

La *Loi* confère par ailleurs des pouvoirs bien précis au ministre. Celui-ci peut :

- faire enquête ou exiger d'un conseil qu'il fasse enquête sur l'exercice d'une profession de la santé dans une localité ou un établissement;
- exercer un contrôle sur les activités d'un conseil et exiger de celui-ci qu'il fournisse des rapports et des renseignements;
- exiger d'un conseil qu'il prenne, modifie ou abroge un règlement pris en application d'une loi sur une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*;
- exiger d'un conseil qu'il fasse tout ce qui est nécessaire ou souhaitable, de l'avis du ministre, pour réaliser l'intention de la présente loi, des lois sur les professions de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*.[41]

Le ministre joue un rôle clef pour ce qui est d'assurer l'efficacité et la responsabilité du système de réglementation tout entier. En effet, ses pouvoirs sont les plus sûrs garants que les ordres répondent de leurs actes et que les mesures nécessaires puissent être prises pour préserver l'efficacité du système de réglementation si jamais les ordres manquaient à leurs responsabilités.

Le ministre, qui est chargé de veiller à l'application de la *Loi,* s'acquitte de ses responsabilités à cet égard grâce à l'exécution d'une série de fonctions bien établies, aidé du personnel du ministère :

- arrêter la politique à la base des lois et des règlements;
- examiner les règlements proposés par un ordre;
- surveiller les programmes et les activités des ordres;
- proposer et administrer la nomination de particuliers aux conseils des ordres, à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé et au Conseil consultatif.

Le ministre peut soumettre toute question relative à la réglementation des professions de la santé au Conseil consultatif pour que celui-ci l'examine et lui fasse des recommandations, qui peuvent l'aider à arrêter la politique de réglementation. Le rôle et les responsabilités du Conseil consultatif sont examinées plus en détail dans la prochaine section de ce chapitre.

Dans son document de consultation, *Question d'équilibre*, le Conseil consultatif invitait les personnes intéressées à lui faire des observations à propos des pouvoirs et des responsabilités du ministre, tels qu'énoncés dans la *Loi*. Les observations formulées à cet égard portaient principalement sur l'information du public, l'exécution de la *Loi* et les rapports entre le ministre ou le ministère et les ordres.

1. Information du public

L'information du public, que ce soit par des renseignements que les ordres lui communiquent ou auxquels il peut avoir accès de sa propre initiative, est absolument vitale pour l'efficacité du

[40] Article 3 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées.*
[41] Alinéas 5(1) a) à d) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées.*

système de réglementation des professions de la santé. Il ne saurait être question de véritable responsabilité des professions de la santé envers le public qu'à condition que celui-ci soit pour le moins au courant des éléments de base du système de réglementation mis en place par la *Loi*, tels que les professions qui sont réglementées et celles ne le sont pas, ou encore le droit de faire part de ses inquiétudes à propos du comportement d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé à l'ordre compétent et de s'attendre à ce qu'il y donne suite.

Résultat des consultations

Seulement deux des 87 observations individuelles ou collectives qui abordent l'information du public dans leurs observations au Conseil consultatif présentent le point de vue que le public est suffisamment bien informé des lois et des organismes formant le système de réglementation des professions de la santé. Les autres partagent l'opinion que, cinq années après l'entrée en vigueur de la *Loi*, la plupart des personnes qui font appel aux services des professions de la santé ne savent toujours guère quelles en sont les dispositions, pas plus d'ailleurs qu'en quoi consistent les objets et le mandat des ordres ou les normes d'exercice auxquelles les membres des professions doivent se conformer ou encore que les particuliers ont le droit de se plaindre auprès des ordres de la conduite de leurs membres.

Les observations émanant des ordres, y compris ceux qui régissent des professions réglementées de récente date, reflètent aussi l'avis que le public n'est dans l'ensemble pas encore familier avec la *Loi*, malgré tous les efforts qu'ils ont déployés pour le sensibiliser à ses dispositions, aux champs d'application des professions et aux responsabilités de leurs membres.

La majorité des ordres pensent qu'il est impossible pour un seul ordre quel qu'il soit de sensibiliser le public de façon efficace et conséquente à la portée et à la teneur de la *Loi*. Ils estiment qu'il appartient au gouvernement, par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, d'assurer l'information du public ou du moins d'épauler les ordres dans cette tâche. Quelques-uns, peu nombreux, pensent que les ordres devraient assumer l'entière responsabilité de l'information du public, tandis que d'autres considèrent que les professionnels de la santé s'en chargent sur leurs lieux de travail.

La plupart des ordres et quelques associations professionnelles ont fait remarquer que le ministère avait fait preuve par le passé d'un savoir-faire et de capacités exceptionnelles pour ce qui est de mener des vastes campagnes d'information du public, d'un bon rapport coût-efficacité, p. ex., après avoir adopté la *Loi de 1992 sur le consentement au traitement*, la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui* ou la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*. Ils ont rappelé que lors du dépôt de la *Loi* à l'état de projet, le gouvernement s'était engagé à en faire de même. Beaucoup ont exprimé leur déception que le ministère n'ait pas concrétisé cet engagement, insistant sur le fait qu'il était de son devoir de mettre son savoir-faire à cet égard au service du public.

La question du financement des activités d'information du public est aussi un point qui intéresse quantité de particuliers ayant soumis des observations au Conseil consultatif; leur sentiment dominant semble être que les ordres n'en font pas assez pour sensibiliser les membres du public aux dispositions de la *Loi* et aux droits qu'il leur confère. Une personne a évoqué la nécessité d'établir une solide stratégie de communication visant à informer les patients de leurs droits, et en particulier de la marche à suivre pour porter plainte.

Nombreux sont les ordres qui estiment que le ministère devrait leur fournir des fonds pour les aider à sensibiliser le public aux dispositions de la *Loi*. Selon eux, s'il est vrai que la *Loi* ne précise pas à qui incombe le financement des activités d'information du public, le ministère a créé un précédent en assurant le financement d'autres campagnes d'information du public.

Du côté des associations professionnelles, l'avis le plus répandu est que les ordres et le ministère devraient partager les frais associés à l'information du public, tandis que la majorité des particuliers ayant soumis des observations souhaiteraient voir le ministère assumer le coût de la production et de la distribution de la documentation destinée au public.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif admet que la *Loi* ne précise pas qui devrait en dernière analyse s'occuper de la sensibilisation du public au système de réglementation qu'elle engendre, en-dehors de sa stipulation que les ordres doivent avoir un programme de relations avec les patients. La *Loi* définit ce programme comme étant un « programme visant à améliorer les relations entre les membres et les patients ».[42] Les programmes de relations avec les patients ont été examinés plus en détail au chapitre 9, Relations avec les patients(pages 114-118). Le programme devrait pour le moins sensibiliser le public à ce qui constitue un comportement approprié ou non pour les membres d'une profession de la santé et décrire les mesures prévues pour prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel des patients et y faire s'ils se produisent. Par ailleurs, le Conseil consultatif note qu'aux termes de la disposition 3(1) 6 du *Code des professions de la santé* (le « *Code* »), les ordres doivent « élaborer et maintenir des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la *Loi*. »[43]

Les ordres communiquent des renseignements au public « sur demande », en général lorsque quelqu'un entre en contact avec lui à propos d'une éventuelle plainte ou encore dans le cadre d'une de ses instances. Peu d'entre eux ont toutefois des programmes proactifs par lesquels ils diffusent de leur propre initiative de l'information générale sur la réglementation de leurs membres en Ontario; par exemple par l'insertion d'articles dans des revues à grand tirage. Quelques-uns font toutefois l'effort d'éduquer le public à propos du champ d'application de la profession ou du groupe de professions qu'ils dirigent et de sensibiliser leurs membres à leurs responsabilités et obligations en tant que membres d'une profession de la santé réglementée. La conclusion tirée de l'évaluation des procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel effectuée pour le compte du Conseil consultatif, à savoir qu'une personne sur trois seulement sait ou croit savoir où se tourner pour porter plainte en cas de faute professionnelle d'ordre sexuel par une ou un membre d'une profession de la santé réglementée, semblerait suggérer que les activités d'information du public entreprises jusqu'ici n'ont pas donné de très bons résultats.

Les ordres ont à l'occasions collaboré à différentes initiatives globales d'information du public par l'intermédiaire de leur fédération, les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, notamment pour la production d'un dépliant sur leur rôle ou la distribution à leurs membres de brochures pour distribution sur leurs lieux de travail. Enfin, certains ordres

[42] Article 1 du *Code*.
[43] Disposition 3(1) 6. du *Code*.

permettent au public d'accéder à de l'information par l'intermédiaire d'un site Web ou d'un numéro sans frais.

Le Conseil consultatif soutient que l'efficacité du système de réglementation et la responsabilité des professionnels de la santé envers le public sont gravement compromis si le public ignore que les ordres sont là pour lui communiquer des renseignements sur les professions et sur les divers aspects de leur réglementation. Une campagne provinciale de sensibilisation du public au fonctionnement du système de réglementation des professions de la santé, menée par le ministère, présenterait de grands avantages pour lui, pour les ordres et pour le public.

Bien que l'autoréglementation des ordres pourrait donner à penser que c'est à eux et à eux seuls qu'il incombe de sensibiliser le public au champ d'application de leurs professions respectives, le Conseil consultatif considère qu'il serait contraire au principe d'efficacité, pour ne pas dire futile, de s'attendre à ce que chacun des 21 ordres sensibilise le public aux dispositions de la *Loi* et l'informe du fonctionnement de tout le système de réglementation des professions de la santé.

Le Conseil consultatif maintient que seul le ministère dispose des moyens financiers et du savoir-faire requis pour concevoir, exécuter et coordonner, en consultation avec les ordres, des programmes d'information du public qui visent juste et arrivent à point nommé. Il lui semble de surcroît que l'information du public cadre parfaitement avec le rôle que la *Loi* réserve au ministre.

Le Conseil consultatif remarque que le ministère a joué ces dernières années un rôle clef pour sensibiliser le public à plusieurs réformes législatives, notamment celle touchant la santé mentale, à l'égard de laquelle il a dirigé, coordonné et mis en œuvre toute une série d'activités, y compris :

- l'organisation de séances d'information du public aux quatre coins de la province;
- la production et la distribution de documentation à l'intention des intervenantes et intervenants dans le système, et en particulier des personnes qui utilisent les services de santé mentale et leur famille;
- l'organisation de séminaires de formation professionnelle continue à l'intention des médecins et du personnel hospitalier;
- l'organisation de séances d'information du personnel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Conseil consultatif est convaincu qu'une initiative de sensibilisation du public aux dispositions de la *Loi*, dirigée par le ministère, aiderait le public à :

- prendre une décision éclairée au moment de choisir entre les membres d'une profession de la santé réglementée ou d'autres prestateurs de soins de santé pour l'obtention de services précis;
- mieux comprendre les rôles, responsabilités et obligations des professions de la santé réglementées et des ordres qui les dirigent, et donc à faire davantage confiance au système de réglementation;
- savoir vers qui se tourner pour signaler le comportement ou les pratiques d'une ou un membre d'une profession de la santé réglementée, et donc à aider les ordres à prendre les mesures qui s'imposent à l'égard des membres en faute;

- faire un meilleur usage des renseignements mis à sa disposition au tableau des ordres et ailleurs;
- se familiariser avec les « actes autorisés » et autres dispositions de la *Loi* visant à protéger le public contre les préjudices et les lésions, et donc contribuer à leur plus stricte application;
- faire prendre conscience aux prestateurs de soins de santé non réglementés et aux personnes étudiant pour devenir membre d'une profession de la santé réglementée des restrictions que la *Loi* leur impose.

Dans l'ensemble, le Conseil consultatif maintient avec véhémence qu'une information plus poussée du public est le meilleur moyen de parvenir à rehausser l'efficacité du système de réglementation des professions de la santé en Ontario. Il rappelle que pour les besoins des consultations qu'il a menées en préparation de la présente étude, il a distribué de nombreux exemplaires de sa publication, *Question d'équilibre*, qui renferme maints détails à propos de la *Loi*. Il a ainsi contribué, de façon ponctuelle, à sensibiliser quelques particuliers intéressés aux principaux aspects de la *Loi*. Le ministère pourrait se servir de l'explication des points saillants de la *Loi* dans *Question d'équilibre* comme point de départ lors des initiatives conjointes d'information du public que lui et les ordres pourraient entreprendre. Ils auraient sans doute intérêt à compléter la documentation écrite par de l'information sur d'autres supports, sans oublier qu'une telle campagne doit se poursuivre pendant un certain temps.

Recommandation du Conseil consultatif

53. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à attribuer au ministre, en consultation avec les ordres, la responsabilité de concevoir, mettre en œuvre et financer des activités d'information continue du public.

2. Teneur de l'information communiquée au public

Résultat des consultations

Les particuliers ayant soumis des observations au Conseil consultatif clament haut et fort que jusqu'à présent, l'information que les ordres communiquent au public est tout à fait insuffisante. Leur recommandation est de faire en sorte que toutes les personnes faisant appel aux services des professions de la santé réglementée soient sensibilisées aux dispositions de la *Loi*, et en particulier aux droits et aux privilèges qu'elle leur confère. Les éléments sur lesquels le besoin d'information est à leur avis le plus criant sont les suivants :

- le rôle et les fonctions des ordres;
- l'usage des titres réservés par les membres des professions réglementées et d'autres personnes;
- la différence entre les professions réglementées et celles qui ne le sont pas, de même que le droit du public d'avoir accès aux services des professions de la santé de leur choix;
- les champs d'application des professions réglementées;
- les dispositions de la *Loi* concernant les « actes autorisés » et les restrictions qu'elles imposent à ce que les professionnels de la santé peuvent faire;
- la procédure relative aux plaintes, et en particulier la marche à suivre pour déposer une plainte;

- les obligations des professionnels de la santé en matière d'inscription et d'obtention d'un certificat.

Les suggestions avancées quant aux moyens de diffuser cette information incluent de recourir à :

- un organisme central,
- un numéro sans frais spécial,
- un ou plusieurs sites Web,
- des affiches, livrets, brochures et dépliants distribués dans les hôpitaux, les cliniques privées et autres lieux de travail, notamment dans leurs salles d'attente,
- des émissions de télévision et de radio ou encore des articles de journaux.

Analyse du Conseil consultatif

PricewaterhouseCoopers (PwC) a effectué un sondage pour le compte du Conseil consultatif aux fins de son rapport au ministre sur les procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel. Basé sur un échantillon représentatif d'Ontariennes et d'Ontariens d'âge adulte, ce sondage a mis en lumière que cinq ans après l'entrée en vigueur de la *Loi*, une personne sur trois seulement sait ou croit savoir où se tourner pour porter plainte en cas de faute professionnelle d'ordre sexuel par une ou un membre d'une profession de la santé réglementée.

Le Conseil consultatif craint que pareille ignorance au sujet des procédures relatives aux plaintes et à la discipline ne trahisse un manque de familiarité avec d'autres aspects du système de réglementation, par exemple la différence entre les membres d'une profession de la santé réglementée et les autres prestateurs de soins de santé, la disposition relative au risque de lésion ou encore les restrictions relatives aux actes autorisés.

La mise sur pied d'un programme provincial de sensibilisation du public au fonctionnement du système de réglementation des professions de la santé serait avantageux tant pour le public que pour les ordres et pour le ministère. Il importe à tout prix d'éduquer les membres du public sur la différence entre les services fournis par une ou un membre d'une profession de la santé réglementée et ceux fournis par d'autres prestateurs de soins de santé, de même que sur leurs droits en tant que patients ou clients d'une professionnelle ou d'un professionnel réglementé.

Recommandation du Conseil consultatif

54. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à préciser que les activités d'information du public visées dans la recommandation 53 aient pour le moins pour objet de bien faire comprendre :

a) quelles professions de la santé sont réglementées;
b) ce que la réglementation des professions représente (rôle et responsabilités des ordres et de leurs membres en matière d'admission à la profession, d'actes autorisés, de normes d'exercice et d'assurance de la qualité);
c) le mandat des ordres d'assurer la protection du public;
d) la marche à suivre pour s'enquérir d'une profession ou encore d'une ou un de ses membres et pour déposer une plainte;
e) le droit du public d'accéder à certains renseignements concernant une ou un membre d'une profession de la santé réglementée.

3. Exécution de la *Loi*

Les objectifs de la *Loi* ne sont bien entendu réalisables que dans la mesure où ses dispositions sont mises en application comme il se doit. Vu les nombreuses interdictions qu'établissent ses dispositions (p. ex. les restrictions relatives aux actes autorisés ou aux titres réservés) et les amendes prévues en cas d'infraction à celles-ci, il est évident que l'intention du législateur était que la *Loi* soit strictement mise en application, non seulement vis-à-vis des membres des professions de la santé réglementées, mais des autres prestateurs de soins de santé.

Résultat des consultations

Les observations recueillies par le Conseil consultatif montrent que la question de l'exercice par le ministre des pouvoirs que lui confère la *Loi* préoccupe beaucoup de monde. La plupart des ordres et certaines associations professionnelle sont d'avis que le ministre devrait jouer un rôle plus actif dans la mise en application de la *Loi*, surtout pour remédier aux situations où des prestateurs non réglementés exécutent des actes autorisés. Divers ordres, associations professionnelles et organismes de santé ont aussi demandé que les dispositions de la *Loi* relatives à sa mise en application soient clarifiées et fassent l'objet de lignes directrices.

Environ 25 pour 100 des observations émanant de particuliers reflètent des inquiétudes au sujet des pouvoirs du ministre ou du ministère et des ordres, et plus exactement au sujet de l'absence dans la *Loi* de quelconques pouvoirs de contrainte.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif a cru comprendre qu'à l'exception des mesures prises par les ordres vis-à-vis de certains de leurs membres, selon le cas, certaines dispositions de la *Loi* ne sont pas du tout mises en application, que ce soit de façon proactive ou réactive. D'après les observations qu'il a recueillies, le fait que la *Loi* manque d'attribuer explicitement à qui que ce soit la responsabilité de veiller au respect de ses dispositions complique les efforts visant à repérer les prestateurs de soins de santé non réglementés qui transgressent ses interdictions et à prendre les mesures qui s'imposent.

L'efficacité du système de réglementation est tributaire de l'efficacité de sa mise en application. Il y va manifestement de l'intérêt public de veiller à l'efficacité du système de réglementation en veillant au respect des dispositions de la *Loi*, surtout celles qui ont trait à l'exécution des actes autorisés et à l'emploi des titres réservés. Ne rien faire à cet égard pourrait compromettre la sécurité du public et résulter en un système de réglementation sans force et donc sans grande utilité.

Qui plus est, en Ontario, quantité de soins de santé sont à l'heure actuelle assurés par des personnes qui ne sont membres d'aucun ordre (autrement dit, par des prestateurs de soins de santé non réglementés). Faute d'élargir les activités de mise en application de la *Loi* à ces prestateurs non réglementés, le public risque des préjudices ou des lésions.

Il est clair que les ordres sont chargés de veiller au respect de la *Loi* et de ses règlements par leurs membres. Ce qui est toutefois moins clair, c'est si les pouvoirs dont ils disposent à cette fin s'étendent aux prestateurs de soins de santé qui n'appartiennent à aucun ordre. Cette question a de profondes répercussions pour ce qui est de faire respecter des dispositions qui s'appliquent à

plusieurs professions, comme par exemple celle relative à la restriction d'emploi du titre de « docteur », lorsque plusieurs professions sont habilitées à effectuer un même acte autorisé et lorsque les dispositions en question sont d'une portée très générale (p.ex., la disposition relative au risque de lésion et les exceptions relatives aux actes autorisés).

Les ordres n'exercent aucune compétence précise sur les prestateurs de soins de santé qui ne sont pas membres de la profession ou du groupe de professions qu'ils dirigent, et ils ne peuvent de ce fait pas leur ordonner de faire quoi que ce soit. Le seul mécanisme concret disponible pour faire respecter la *Loi* par une prestatrice ou un prestateur de soins de santé non réglementé est l'introduction d'une instance judiciaire par un ordre, le ministère ou quiconque d'autre en vue d'obtenir d'un tribunal qu'il ordonne à la personne en question de cesser de faire quelque chose ou qu'il lui impose l'une des amendes prévues par la *Loi*.

Veiller au respect de la *Loi* est une fonction absolument indispensable : elle seule peut vraiment garantir la protection du public contre les préjudices et les lésions, de même que la responsabilité de l'ensemble des intervenantes et intervenants dans le système de réglementation des professions de la santé. Pour qu'elle donne ces résultats, il faut toutefois qu'elle soit assurée de façon continue et conséquente, et que tout le monde sache où se tourner pour dénoncer des infractions aux principales dispositions de la *Loi* visant la protection du public. Considérant que la *Loi* dit clairement que « le ministre est chargé de l'application de la *Loi* »,[44] le Conseil consultatif estime que cette responsabilité inclut celle de veiller à l'exécution de la *Loi*, autrement dit au respect de ses dispositions.

Pour lever l'ambiguïté actuelle,* le Conseil consultatif juge absolument nécessaire de préciser, dans la *Loi*, les responsabilités du ministre en ce qui a trait à l'exécution de celle-ci. Le système de réglementation doit pour le moins donner naissance à un mécanisme permettant de donner suite aux allégations d'infractions de la *Loi* par des prestateurs de soins de santé qui ne sont pas membres d'une profession de la santé réglementée.

Ce mécanisme devrait s'accompagner des pouvoirs et des ressources nécessaires pour enquêter sur de telles allégations, adresser aux prestateurs de soins de santé concernés des lettres les enjoignant de cesser les actes qu'ils ne sont pas autorisés à exécuter ou de s'en abstenir et les informant des conséquences d'infractions répétées, et enfin pour, au besoin, engager des poursuites. Les recours en justice pourraient surtout s'avérer nécessaires en cas de contravention aux restrictions en matière d'exécution des actes autorisés ou d'emploi des titres réservés, par rapport à la disposition relative au risque de lésion ou encore à l'égard d'employeurs qui manquent de faire des rapports obligatoires.

Le Conseil consultatif estime par ailleurs important que le ministère dispose de moyens suffisants pour traiter des allégations d'infractions à la *Loi* et que les initiatives d'information du public qu'il pourra entreprendre sensibilisent le public au fait qu'il assumera désormais cette fonction.

---

[44] Article 2 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

* N. du T. : L'ambiguïté naît surtout du libellé anglais de la *Loi*, qui à l'article 2 utilise non pas « enforce », mais « administer », alors que le libellé français parle de « l'application de la *Loi* », ce qui peut signifier la même chose que son exécution (*enforcement*).

Recommandations du Conseil consultatif

55. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à ce que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée soit clairement responsable de son application comme il se doit aux prestateurs de soins de santé qui ne sont pas membres d'une profession réglementée.

56. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à prévoir un mécanisme de mise en œuvre de la recommandation précédente, par exemple la création d'un service spécial au sein du ministère (ou au sein d'un organe externe, par délégation) chargé de recueillir les allégations, de mener des enquêtes, de rendre des ordonnances de cesser et s'abstenir et, au besoin, d'engager des poursuites.

57. Que le service ou l'organe chargé de pareille exécution de la *Loi* soit doté de ressources suffisantes pour s'acquitter pleinement de ses responsabilités.

4. Rapports entre les ordres et le ministère

Les ordres ont, entre autres, pour objets de régir l'activité de leurs membres conformément à la *Loi* et à la loi sur une profession de la santé applicable, de même que de servir et de protéger l'intérêt public.[45] En s'acquittant de ce rôle, les ordres doivent s'en remettre au ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour qu'il arrêter la politique de réglementation, adopte les règlements qu'il propose et nomme les particuliers appelés à siéger aux conseils des ordres.

Tel qu'indiqué plus haut, le ministre est chargé de surveiller les activités des ordres et de s'assurer qu'ils respectent leurs obligations aux termes de la *Loi*. Il y a là une interdépendance inhérente. L'adoption de règlements est par exemple une activité dans le cadre de laquelle le ministère et les ordres se consultent régulièrement. Les règlements portent sur des questions de protection du public (p. ex., les fautes professionnelles ou l'inscription obligatoire des membres d'une profession réglementée). En conséquence, la qualité des rapports entre les ordres et le ministère influent grandement sur l'efficacité et l'efficience du système de réglementation, sa capacité à protéger le public et la capacité des ordres à régir les professions dans l'intérêt du public.

Résultat des consultations

Les particuliers et les organismes ayant participé aux consultations ont émis des réserves quant à l'opportunité des décisions et actions du ministre ou du ministère en ce qui a trait aux exigences de la *Loi*. Une doléance souvent répétée est que l'adoption de règlements et de modifications législatives, les démarches pour obtenir que des questions soient soumises au Conseil consultatif et la nomination de membres du public aux conseils des ordres prennent beaucoup trop de temps.

La plupart des observations recueillies lors de ces consultations évoquent les obstacles à l'adoption en temps opportun de modifications à la *Loi* et de règlements s'y rapportant. Présentement, il n'existe aucune norme applicable à l'approbation des règlements dont les ordres proposent l'adoption. À en croire les auteurs de plusieurs observations, cette situation a causé des retards dans le respect par les ordres de certaines exigences de la *Loi*, par exemple en ce qui a trait au programme d'assurance de la qualités ou à la modification des règlements pour permettre la mobilité de la main-d'œuvre, telle que prévue dans l'Accord sur le commerce intérieur.

[45] Paragraphes 3(1) et (2) du *Code*.

Plusieurs ordres et associations professionnelles réclament une simplification du processus de préparation et d'approbation des règlements dont ils proposent l'adoption ou la modification. Leurs voix font partie de celles qui dénoncent la lenteur du processus de nomination des membres du public aux conseils des ordres, disant que celle-ci entrave le bon fonctionnement de ces conseils et donc des ordres. Bien des personnes mettent les difficultés auxquelles les ordres se heurtent dans la régie des activités de leurs membres sur le dos du gouvernement, et plus exactement sur les retards qu'il cause. Deux particuliers se sont faits l'écho de ces sentiments dans leurs propres observations.

Bien que personne n'ait explicitement recommandé d'élargir le rôle de surveillance du ministre ou du ministère, les évaluations des programmes des ordres effectuées jusqu'ici mettent en évidence la nécessité pour le ministre d'appuyer et de contribuer à l'expansion optimale et au renforcement des programmes prévus par la *Loi* (p. ex., le programme de relations avec les patients ou le programme d'assurance de la qualités).

Analyse du Conseil consultatif

Arrêter les politiques de réglementation et approuver les règlements sont deux fonctions clés dont seul le ministère peut s'acquitter. Le Conseil consultatif sait que certains ordres ont baissé les bras face à la lenteur du processus d'approbation des règlements et décidé de plutôt régir les activités de leurs membres au moyen de lignes directrices; comme il lui semble toutefois difficile de veiller au respect de ces lignes directrices, le Conseil consultatif craint que cette pratique ne soit contraire à l'intention de la *Loi*, qu'elle en mine l'efficacité et qu'elle nuise à la capacité des ordres de régir les activités de leurs membres.

Le Conseil consultatif note que la *Loi de 1999 visant à réduire les formalités administratives* a quelque peu changé l'état des choses, en ce sens qu'elle a réduit certains pouvoirs de réglementation des ordres à l'adoption de règlements administratifs. Toutefois, sauf en ce qui a trait à l'incorporation de normes d'exercice à des règlements par renvoi, ces pouvoirs ne s'appliquaient qu'à des règlements qui portaient sur des questions administratives.

Le Conseil consultatif considère que le ministère devrait, d'une part, s'engager à respecter certaines normes dans l'exécution de ses fonctions de contrôle sur les activités d'un conseil et d'adoption de politiques ou de règlements et, d'autre part, consacrer à ces fonctions les ressources nécessaires pour satisfaire à ces normes en permanence.

Dans ses rapports sur l'efficacité des procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel et de leurs programmes d'assurance de la qualités, le Conseil consultatif souligne la nécessité de mettre sur pied un système de surveillance du système de réglementation et de procéder à des évaluations périodiques, ne serait-ce, entre autres, que pour aider le ministère à s'acquitter de ses responsabilités en matière de contrôle et de suivi. Ces fonctions de surveillance et d'évaluation sont discutées plus en détail un peu plus loin dans le présent chapitre, à la page 136.

Recommandations du Conseil consultatif

58. Que le ministre, en consultation avec les ordres, établisse des normes et donc des délais pour l'exécution en temps utile de certaines de ses fonctions, telles que l'approbation et l'adoption des règlements touchant les ordres ou la modification de

ces règlements, ou encore la nomination des membres du public aux conseils des ordres.

59. **Que le ministre s'assure que les personnes chargées des initiatives liées à l'établissement de normes pour l'exécution de ses fonctions disposent des ressources nécessaires pour obtenir les résultats voulus.**

5. Fonctions de surveillance et de contrôle

Selon le Conseil consultatif, le ministre ou le ministère devraient assumer les fonctions suivantes :

- surveiller régulièrement les activités des ordres, afin de déterminer comment ils mettent en œuvre les dispositions de la *Loi*;
- mettre au point des mécanismes précis pour obliger les ordres à rendre compte de leur direction des professions dans l'intérêt du public;
- appuyer le mandat des ordres d'assurer la régie autonome des professions en concevant des moyens avantageux et fiables de se tenir au courant de leurs activités, que ce soit par l'intermédiaire de rapports et d'évaluations de programmes tels que les programmes d'assurance de la qualité ou de relations avec les patients ou encore des procédures relatives aux plaintes et à la discipline;
- intervenir en temps utile pour conseiller les ordres si leurs activités ne servent pas l'intérêt public le mieux possible.

Des efforts concertés de surveillance s'imposent si l'on veut assurer l'efficacité du système de réglementation. Comme la qualité de la surveillance dépend de l'accès à de l'information opportune et pertinente, il s'avère nécessaire de minutieusement planifier des systèmes pour cette surveillance et de les compléter des évaluations périodiques prescrites par la *Loi*. Pour pouvoir procéder à cette surveillance et ces évaluations à grande échelle, il faut veiller à ce que les ordres présentent des rapports contenant des données homogènes, comparables et accessibles au public, conformes aux exigences du ministre. Cette nouveauté assurerait le public d'une plus grande responsabilité des professions de la santé réglementées par l'intermédiaire du ministre et du ministère.

Le fait pour le ministère d'assumer des fonctions de supervision planifiées et proactives plutôt que réactives à des situations de crise ne signifierait pas qu'il voudrait enlever quoi que ce soit à l'autoréglementation des ordres. Cela signifierait par contre, aux yeux du Conseil consultatif, que le ministre apporterait aux ordres le leadership et les mécanismes nécessaires pour leur permettre de rendre compte de leurs actions et les inciter à régler au fur et à mesure les problèmes qui peuvent survenir.

Recommandation du Conseil consultatif

60. **Que le ministre, par voie de politique ou de directives, précise quelles données les ordres doivent présenter dans leurs rapports annuels ou autres, à l'appui de ses fonctions de planification, de surveillance et d'évaluation.**

6. Collecte de données aux fins de planification

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée contribue à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé. Son rôle dans ce domaine, bien établi en ce qui a trait aux médecins et au personnel infirmier, commence à s'étendre à d'autres professions de la santé.

À l'heure actuelle, les ordres rassemblent et maintiennent les renseignements au sujet de leurs membres qui sont requis pour satisfaire aux exigences de la *Loi* de dresser un tableau. La *Loi* prescrit un minimum de renseignements qui doivent figurer au tableau (p. ex., le nom, l'adresse professionnelle et la qualité de spécialiste de chaque membre). Les ordres peuvent prendre des règlements administratifs prévoyant l'ajout au tableau de renseignements additionnels et lesquels de ces renseignements sont mis à la disposition du public. Il peuvent aussi exiger le versement de frais en échange de leurs services, y compris la collecte de données et leur diffusion collective.

Résultat des consultations

Deux conseils régionaux de santé ont laissé entendre que les ordres devraient avoir pour fonction de rassembler, de maintenir et de distribuer sur demande certaines données susceptibles de faciliter la planification des services de santé en Ontario. Le personnel du ministère responsable de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé s'est également montré intéressé à modifier la *Loi* dans ce sens.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif a examiné le bien-fondé d'exiger des ordres qu'ils rassemblent des données aux fins de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé à la lumière de leur mandat et du principe d'efficience.

Il note qu'en l'état actuel des choses, le mandat des ordres aux termes de la *Loi* n'englobe pas les activités liées à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé. Ceci étant dit, il semblerait que le paragraphe 3(1) du *Code*, qui énumère les objets de chaque ordre, permettrait à un ordre de s'adonner à de telles activités si son conseil le jugeait souhaitable ou conforme à son rôle et ses responsabilités. Le mandat des ordres inclut très clairement l'élaboration et le maintien de programmes et de normes d'exercice pour assurer la qualité de l'exercice de la profession.

Les ordres sont bien placés pour rassembler de l'information qui pourrait s'avérer utile dans la planification, par exemple des données démographiques sur les membres. Le Conseil consultatif craint toutefois que d'exiger de l'ensemble des ordres qu'ils rassemblent des données et les présentent de manière à faciliter la planification serait une façon coûteuse et peu pratique d'assurer les conseils régionaux de santé et le ministère de l'information dont ils ont besoin. À son avis, non moins de la moitié des 23 professions de la santé réglementées, dont la dentisterie, la profession d'opticien ou la chiropratique, ne font l'objet d'aucune activité de planification par les conseils régionaux de santé, le ministère ou d'autres groupes d'intérêt public. Ce serait gaspiller les ressources de ces ordres que de les contraindre à la collecte, au maintien et à la distribution de données aux fins de planification.

Le Conseil consultatif préconise une approche plus ciblée qui commence par cerner les professions de la santé qui font l'objet d'activités de planification officielles, et dont la seconde

étape consisterait en des négociations avec les ordres de ces professions, en vue de convenir des ressources dont ils ont besoin pour rassembler, maintenir et distribuer des données dans un format utile à la planification et de les leur fournir. Cette exigence reconnaîtrait le fait que la production de données aux fins de planification dépasse le mandat primordial des ordres et que ceux-ci ont donc droit à une compensation appropriée.

Section 2. Rôle et responsabilités du Conseil consultatif

La *Loi* trace les grandes lignes du rôle du Conseil consultatif. Elle prévoit en effet qu'il a pour fonctions de conseiller le ministre sur les questions suivantes :

- la nécessité de réglementer les professions non réglementées;
- la nécessité de cesser de réglementer les professions déjà réglementées;
- les propositions de modification de la présente loi, d'une loi sur une profession de la santé ou d'un règlement pris en application de ces lois, et les propositions de règlements pris en application de ces lois;
- les questions concernant les programmes d'assurance de la qualité mis sur pied par les ordres;
- toute question relative à la réglementation des professions de la santé que le ministre lui soumet.[46]

Le Conseil consultatif est également chargé de surveiller le programme de relations avec les patients de chacun des ordres et de donner au ministre des avis sur l'efficacité de chacun de ces programmes.[47] Enfin, il était tenu, dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent article, de présenter au ministre un rapport sur l'efficacité, d'une part, des programmes de relations avec les patients et d'assurance de la qualité de chaque ordre et, d'autre part, des procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel.[48]

Dans le document de consultation *Question d'équilibre*, le Conseil consultatif a invité les personnes intéressées à lui faire des observations au sujet de son rôle et de ses responsabilités, tels qu'esquissés dans la *Loi*. Les observations qu'il a recueillies à cet égard portaient essentiellement sur :

- les études de la *Loi* et des différentes lois sur une profession de la santé;
- la communication au public des rapports du Conseil consultatif;
- les questions soumises au Conseil consultatif.

7. Études de la *Loi* et des lois sur une profession de la santé

Résultat des consultations

La majorité des personnes et organismes qui se sont prononcés sur le sujet, dont l'ensemble des 21 ordres, recommandent la reconduction du rôle du Conseil consultatif en ce qui a trait à l'étude périodique de la *Loi*, quelques observations renfermant même l'affirmation qu'il est le mieux placé pour mener ces études.

---

[46] Alinéas 11(1) a) à e) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.
[47] Paragraphe 11(2) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.
[48] Alinéas 6(2) a) et b) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Quelques observations suggèrent que l'étude de la *Loi* et des lois sur une profession de la santé devrait être répétée tous les trois ans, tandis que d'autres évoquent des intervalles plus longs (cinq, sept ou dix ans). La plupart des auteurs des observations pensent que ces études garantissent l'efficacité, la pertinence et la mise en œuvre satisfaisante des dispositions de la *Loi*.

Analyse du Conseil consultatif

Le Conseil consultatif a conclu que la surveillance continue et l'évaluation périodique des programmes prescrits par la *Loi* sont indispensables à la responsabilité de l'ensemble des intervenantes et intervenants dans le système de réglementation des professions de la santé. Il estime de plus que l'étude à intervalles réguliers de chaque loi sur une profession de la santé garantirait que le système de réglementation mis en place par la *Loi* reste souple et avantageux.

En 1989, le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé a mis au point une série de critères pouvant servir à déterminer si une profession de la santé devrait ou non être réglementée en application de la *Loi*. Ces critères, qui ont été approuvés par le ministère et par le Conseil consultatif, sont les suivants :

- la profession a-t-elle un rapport avec le ministre de la Santé et des Soins de longue durée?
- l'exercice de la profession présente-t-il un risque important de préjudices ou de lésions pour le public?
- la qualité de l'exercice de la profession par ses membres est-elle surveillée de quelque autre manière?
- existe-t-il une solution de rechange acceptable à la réglementation?
- la profession se base-t-elle systématiquement sur un corps de connaissances distinct lors de l'évaluation et du traitement des patients ou de la prestation d'autres services?
- l'admission à la profession est-elle soumise à des exigences acceptables en matière d'éducation et de formation?
- la direction de la profession s'est-elle montrée capable de faire passer l'intérêt public avant l'intérêt des membres de la profession?
- peut-on s'attendre à ce que les membres de la profession se rallient et se soumettent à l'autoréglementation?
- la profession est-elle assez nombreuse pour être capable d'absorber les coûts associés à la réglementation et peut-elle compter sur l'assentiment de ses membres à ces dépenses?

Compte tenu de l'évolution constante des soins de santé et de leur prestation en Ontario, de même que de l'accélération des progrès technologiques, l'étude répétée des textes législatifs s'impose si l'on veut s'assurer de leur actualité. En ce qui a trait à la *Loi*, son étude pourrait par exemple mettre en lumière la nécessité de créer de nouveaux actes autorisés ou de modifier le rôle des conseils des ordres.

Les différentes lois sur une profession de la santé devraient en particulier faire l'objet d'une étude périodique, de sorte à veiller à ce qu'elles reflètent bien l'exercice moderne de la profession, tout en garantissant la protection du public et l'accès de ce dernier aux services de la profession de leur choix. Cela confirmerait la nécessité de revoir le tronc commun des connaissances indispensables à l'exercice d'une profession face aux progrès scientifiques, technologiques et autres, eu égard aux besoins des patients.

Le Conseil consultatif ne s'est pas attelé à l'étude de chacune des lois sur une profession de la santé dans le cadre de la présente étude quinquennale de l'efficacité de la *Loi*. Même s'il avait voulu le faire, il n'en aurait pas eu les moyens, vu l'analyse approfondie d'une multitude de questions relatives à l'intérêt du public et aux intérêts des professions qu'une telle étude implique. L'étude de chaque loi sur une profession de la santé aurait nécessité que les professions et le Conseil consultatif investissent beaucoup plus de temps et d'autres ressources à l'examen des données et de la preuve récentes pour pouvoir évaluer les risques de préjudices ou de lésions, l'évolution de l'exercice de la profession et les besoins du public.

Le Conseil consultatif propose qu'une étude individuelle des lois sur une profession de la santé, si elle devait être entreprise, se penche sur :

- la question de savoir s'il est bien nécessaire de réglementer la profession de façon permanente, en application de la de la *Loi* ou d'un autre mécanisme;
- la question de savoir s'il est nécessaire de modifier le champ d'application de la profession, y compris les actes autorisés que ses membres sont en droit d'effectuer.

De plus, le Conseil consultatif considère que le ministre devrait se baser sur certains critères, tels que ceux énumérés ci-après, pour établir un ordre de priorité entre les professions qu'il pourra être question d'étudier.

- **Risque de préjudices ou de lésions**, c.-à-d., la question de savoir si les progrès au niveau de la technologie ou de la science et leurs retombées sur le risque de préjudices ou de lésions pour le public justifient une révision du champ d'application de la profession.
- **Capacité de gestion autonome**, c.-à-d., la question de savoir s'il y a des raisons de douter de la capacité de la profession de satisfaire aux exigences de la *Loi*, par exemple à cause d'un effectif réduit ou de difficultés manifestes à mettre en œuvre les programmes prescrits par la *Loi* tel que démontré au moyen de l'évaluation de ces programmes pour le compte du Conseil consultatif.
- **Autres mécanisme de réglementation envisageables,** c.-à-d., la question de savoir si un mécanisme autre que la *Loi* pourrait convenir pour régir les activités des membres de la profession ou s'assurer de la qualité de leurs services, comme par exemple une réglementation à l'échelle d'un lieu de travail ou d'une industrie ou encore l'attribution de la responsabilité pour la réglementation de la profession à un autre ordre.

Le Conseil consultatif est convaincu que l'application des critères proposés ci-dessus permettra de cerner les lois sur une profession de la santé qu'il y aurait lieu d'étudier en premier.

L'ajout à la *Loi* d'une disposition prescrivant l'étude systématique et régulière des lois sur une profession de la santé donnerait au ministre les moyens de traiter de façon proactive d'une vaste gamme de questions propres aux différentes professions. Ce type d'étude devrait, selon le Conseil consultatif, appuyer l'efficacité, l'efficience et la souplesse du système de réglementation des professions de la santé tout entier. Compte tenu du travail que représente l'évaluation d'une loi sur une profession de la santé, à raison de trois ou quatre lois par année, la répétition de l'étude pourrait être envisagée à six ou sept ans d'intervalle.

Recommandations du Conseil consultatif

61. Que l'ensemble des lois sur une profession de la santé soient modifiées de sorte à prévoir leur étude, échelonnée sur six ou sept ans, à raison de trois ou quatre lois par année.

62. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à prévoir l'étude de son efficacité une fois tous les dix ans.

8. Communication au public des rapports du Conseil consultatif

Résultat des consultations

Il ressort des consultations que la communication au public des rapports du Conseil consultatif est perçue comme un problème par certains. Une idée avancée dans les observations présentées au Conseil consultatif est d'inclure des dispositions dans la *Loi* fixant un délai au ministre pour répondre aux recommandations du Conseil consultatif et publier ses rapports.

Quelques ordres déplorent le fait que malgré leur participation à des évaluations coûteuses et prenantes prescrites par la *Loi*, il leur est impossible par la suite de réagir aux points faibles de leurs programmes ou procédures que celles-ci ont pu mettre en lumière, parce qu'ils n'ont pas accès aux rapports d'évaluation.

Dans l'ensemble, beaucoup d'observations semblaient appeler une approche communicative plus ouverte, principalement en vue du partage de l'information contenue dans les rapports.

Analyse du Conseil consultatif

L'accès aux rapports du Conseil consultatif s'est révélé être l'une des plus grandes sources de friction entre le Conseil consultatif et les autres intervenantes ou intervenants dans le système de réglementation des professions de la santé. Les ordres et le public considèrent que les retards dans la communication des rapports du Conseil consultatif compromettent sa responsabilité et celle du ministre. Les problèmes à ce niveau sont aussi vus comme une entrave à l'indépendance du processus que le Conseil consultatif utilise pour élaborer ses recommandations et donc à la confiance que le public place en lui.

La *Loi* dit clairement que le Conseil consultatif que le Conseil consultatif mène ses travaux de la manière qu'il juge appropriée.[49] Étant donné que les recommandations que le Conseil consultatif formule à l'issue d'une étude sont confidentielles dès qu'il le présente au ministre, c'est le ministre qui décide du moment où les rapports sont communiqués au public. Toutefois, des demandes d'accès aux rapports du Conseil consultatif par le jeu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* ont déjà abouti à plusieurs reprises. En conséquence, le Conseil consultatif estime que le ministère serait bien avisé d'adopter une politique bien claire sur cette question, afin de minimiser les risques de conflits. Une plus grande mise en commun de l'information et la communication plus rapide au public des rapports du Conseil consultatif par le ministère rendrait les études et les recommandations du Conseil consultatif plus transparentes, avec ce qui s'ensuit comme renforcement de la responsabilité des professions et de la confiance qu'elles inspirent au public.

[49] Paragraphe 15(2) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Recommandation du Conseil consultatif

63. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à exiger du ministre qu'il communique au public en l'espace de six mois les rapports que lui remet le Conseil consultatif.

9. Questions soumises au Conseil consultatif

Résultat des consultations

Plusieurs observations trahissent l'inquiétude qu'il ne soit pas toujours donné suite comme il se devrait aux demandes présentées au ministre de soumettre une question au Conseil consultatif. Les auteurs de ces observations disent que de telles demandes se retrouvent parfois en suspens même lorsqu'elles sont présentées de bonne foi, sans rien de frivole ni de vexatoire.

Analyse du Conseil consultatif

Selon l'article 12 de la *Loi*, le ministre doit, si la demande lui en est faite, soumettre des questions en litige au Conseil consultatif, à moins qu'à son avis, la demande ne soit pas faite de bonne foi ou soit frivole ou vexatoire. Selon les principes de droit, cela signifie que la soumission de questions au Conseil consultatif devrait se faire dans les meilleurs délais. Compte tenu des nombreuses demandes en suspens au ministère, le Conseil consultatif estime qu'il faudrait faire en sorte que cette procédure soit plus transparente et plus efficace, afin que les questions lui soient soumises à mesure que la demande en est faite.

Le Conseil consultatif n'ignore pas qu'il est indispensable de laisser au ministère une marge de manœuvre dans l'établissement de ses priorités et que le ministère ne dispose lui aussi que de ressources limitées. Il se doute aussi que pour tirer le meilleur parti de ses ressources, le ministère a intérêt à le consulter sur des questions de politique lorsque les mesures de suivi doivent s'inscrire dans le plan d'action du gouvernement.

Le Conseil consultatif peut dans certains cas accélérer l'examen des questions qui lui sont soumises, tout en offrant aux personnes ou organismes concernés l'occasion de lui faire des commentaires à leur égard, ce qu'il a fait a fait à plusieurs reprises. Lorsque le ministre décide de retarder la soumission d'une question au Conseil consultatif, il importe d'aviser les personnes à l'origine de la demande de la longueur prévisible et des motifs du retard. Procéder de la sorte respecterait les principes de responsabilité et d'efficience à la base de la *Loi*, tout en renforçant la confiance du public dans la transparence de la procédure de soumission de questions.

Recommandation du Conseil consultatif

64. Que le ministre tienne les personnes ou organismes qui lui ont demandé de soumettre une question au Conseil consultatif au courant de la suite donnée à leur demande.

10. Évaluation des programmes et surveillance continue du rendement

Aucune des observations présentées au Conseil consultatif n'aborde la surveillance des programmes. Quelques remarques succinctes apparaissent ici et là évoquant la nécessité de reprendre l'évaluation des programmes prescrite par la *Loi* à l'avenir. Les évaluations des programmes d'assurance de la qualité et des programmes de relations avec les patients ont mis

en lumière l'importance d'évaluations et d'une surveillance plus systématiques, les experts-conseils qui les ont effectuées, Harry Cummings and Associates, recommandant que le Conseil consultatif continue d'en assumer la responsabilité.

Les évaluations des programmes font partie des éléments qui renforcent la responsabilité du système de réglementation des professions de la santé. De plus, elles aident le ministre à s'acquitter des responsabilités que lui impose la *Loi* pour ce qui est de veiller à son application et de garantir la réglementation et la coordination des professions de la santé dans l'intérêt public. Il incombe au Conseil consultatif de faire rapport au ministre de l'exécution par les ordres de leurs obligations aux termes de la *Loi*. Or, les évaluations des programmes sont un des moyens qui permettent au ministre de veiller à ce que les ordres rendent compte de leurs actions.

Il ne faut toutefois pas perdre de vue que le délai de cinq ans imparti aux ordres pour concevoir et mettre en œuvre leurs programmes, puis en évaluer l'efficacité, était à peine suffisant pour bien faire. L'évaluation des résultats de ces programmes devrait se faire sur une période plus longue, assortie d'évaluations périodiques basées sur un système continu de surveillance du rendement. Un tel système devrait utiliser des indicateurs de rendement dont les ordres, le ministère et le Conseil consultatif auraient convenu qu'ils se prêtent à :

- l'amélioration continue de la qualité par les ordres;
- la surveillance du rendement à l'échelle du système et la présentation de rapports afférents au ministre par le Conseil consultatif;
- la responsabilité envers le ministre et le public;
- la prise de mesures de suivi par le ministère, notamment pour veiller au respect des exigences relatives aux programmes.

Ainsi, la surveillance et l'évaluation sont deux fonctions parallèles qu'il s'agirait de confier à un organisme légalement responsable de telles évaluations. Le Conseil consultatif considère que la mise en commun actuelle des responsabilités relatives à la surveillance et à l'évaluation des programmes de relations avec les patients des ordres représente un pas dans la bonne direction. Il serait bon de prévoir cette même double responsabilité pour ce qui est des activités visant à établir l'efficacité des autres programmes des ordres.

Les ordres regrettent qu'aucun cadre ni aucun indicateur de rendement n'ait été arrêté d'avance pour les évaluations de leurs programmes prescrites par la *Loi*. Ils n'avaient en l'occurrence aucun moyen de savoir suivant quels critères leurs programmes seraient évalués, ni d'ailleurs de structurer la mise en œuvre de leurs programmes ou la collecte de données s'y rapportant en fonction de leur évaluation.

Les évaluations prescrites en cours ou achevées soulignent clairement la nécessité de poursuivre les activités de surveillance, d'évaluation et de compte rendu touchant les programmes des ordres. Ces activités devraient à l'avenir se baser sur un cadre d'évaluation et des indicateurs de rendement bien arrêtés, de sorte que les ordres puissent organiser leurs programmes et leur collecte de données en conséquence.

Les observations de la fédération des ordres, les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, donnent à penser que s'ils avaient connaissance des rapports du Conseil

consultatif au ministre, les ordres pourraient tirer les leçons des évaluations de leurs programmes et apporter à ces derniers les changements qui s'imposent.

Il est évident que les membres du public ont besoin d'être mieux renseignés sur les programmes des ordres prescrits par la *Loi* et sur leurs activités en général. Leur communiquer les rapports d'évaluation serait un moyen de mieux leur faire connaître les travaux des ordres et de renforcer leur confiance dans le système de réglementation des professions de la santé, surtout si les évaluations et leur compte rendu étaient confiés aux soins d'un organisme indépendant ayant pour mandat de servir et protéger l'intérêt public.

La communication au public des conclusions tirées des évaluations des programmes et de leur rendement, que ce soit par l'intermédiaire du ministère ou des ordres, lui ferait comprendre que les ordres ont pour mandat de servir et protéger l'intérêt public et qu'ils s'efforcent, en collaboration avec le gouvernement et un organisme indépendant, d'apporter des améliorations au système de réglementation des professions de la santé. Le ministère et les ordres pourraient ainsi mettre les pleins feux sur les accomplissements des ordres et sur les efforts qu'ils déploient pour combler les lacunes de leurs programmes, ce qui ne pourrait qu'améliorer leurs relations avec le public. Ces activités contribueraient aussi à la sensibilisation du public au système de réglementation des professions de la santé.

L'Ontario fait déjà figure de chef de file par rapport à ce qui se fait ailleurs en matière de réglementation des professions de la santé, tout comme il ressort sans conteste de l'évaluation des programmes d'assurance de la qualité que les ordres sont des précurseurs dans ce domaine. L'évaluation des procédures relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel souligne la nécessité d'une plus grande sensibilité aux besoins des personnes à l'origine d'une plainte : la confiance que leur inspire ou non la façon dont les ordres traitent des cas de faute professionnelle est à la clef de l'efficacité de ces procédures. En conséquence, la publication des conclusions tirées de l'évaluation des programmes et procédures des ordres est certaine de cimenter la position de l'Ontario à l'avant-garde de la réglementation des professions de la santé.

Recommandations du Conseil consultatif

65. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à créer et attribuer une nouvelle responsabilité combinée concernant la surveillance et l'évaluation de certaines activités des ordres (programme de relations avec les patients, programme d'assurance de la qualité et procédures relatives à la plainte et à la discipline) et que la responsabilité d'évaluer l'efficacité des procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles soit élargie de sorte à englober tous les types des plaintes, pas juste celles pour mauvais traitements d'ordre sexuel.

66. Que la *Loi* attribuer au Conseil consultatif déjà responsable de fonctions de surveillance et d'évaluation, la nouvelle responsabilité combinée visée ci-dessus.

67. Que le Conseil consultatif rende compte au ministre et au public tous les deux ans des indicateurs de rendement mis au point pour l'évaluation des programmes prescrits des ordres.

Chapitre 11 Récapitulatif des recommandations

Recommandations	Page
Chapitre 4 Champs d'application des professions	
1. Qu'ait lieu une étude périodique et à intervalles réguliers des différentes lois sur une profession de la santé, afin d'établir s'il y a lieu d'ajouter des interventions additionnelles à la liste d'actes autorisés ou au contraire d'en supprimer, et ce en plus du mécanisme existant selon lequel le ministre de la Santé et des Soins de longue durée peut soumettre au Conseil consultatif des demandes précises d'expansion du champ d'application d'une profession (voir aussi la recommandation 61 page 135 au chapitre 10, Rôles et responsabilités).	24
2. Que le ministre invite les organismes suivants à lui demander de soumettre les questions qui les intéressent au Conseil consultatif, à savoir a) l'Ordre des diététistes de l'Ontario, la possibilité de modifier la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la « *Loi* ») par l'ajout aux actes autorisés de la prescription de régimes thérapeutiques et la prescription d'une alimentation entérale et parentérale et b) les groupements de psychothérapeutes appropriés la possibilité de modifier la *Loi* par l'ajout aux actes autorisés de la psychothérapie.	25
3. Que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée soumette au Conseil consultatif la question de savoir si, considérant la preuve relative au risque, le simple fait de déterminer qu'une personne malentendante a besoin d'un appareil de correction auditive devrait constituer un acte autorisé ou si l'acte autorisé devrait plutôt être le fait d'établir les spécifications de l'appareil de correction auditive répondant à ses besoins, d'après un test auditif et une évaluation des caractéristiques physiques de son oreille.	33
4. Que soit maintenue l'exception aux restrictions touchant les actes autorisés pour ce qui est de l'aide apportée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne, mais que la *Loi* soit modifiée de sorte à préciser que l'exception n'est applicable que sous réserve du consentement éclairé et explicite de la personne bénéficiant de l'aide ou de quiconque est désigné comme mandataire spécial de celle-ci.	37
5. Que le paragraphe 30(1) de la *Loi* soit modifié de sorte à y incorporer la mention de préjudices psychologiques.	39
6. Que le paragraphe 30(1) de la *Loi* soit modifié par la suppression de l'adjectif « graves ».	39
7. Que le paragraphe 30(4) de la *Loi* soit modifié de sorte à éliminer l'exemption relative aux consultations portant sur des questions affectives.	39
8. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à empêcher quiconque n'est pas membre d'une profession de la santé réglementée de s'arroger la qualité de professionnelle ou professionnel « inscrit » ou « autorisé », « réglementé », « agréé » ou « certifié » dans le cadre de la prestation de soins de santé.	41
9. Que la *Loi* soit modifiée par l'ajout d'une disposition à l'effet que nul particulier, association ni personne morale n'a le droit d'utiliser le terme « ordre », seul ou associé à d'autres termes, de manière à indiquer ou sous-entendre que le particulier, l'association ou la personne morale est un ordre au sens de la *Loi,* à moins d'être effectivement un ordre aux termes de celle-ci ou d'être autorisé à utiliser le terme ordre en vertu d'un autre texte législatif.	45

Chapitre 5 Direction des professions par les ordres

10. Qu'une modification soit apportée aux différentes lois sur une profession de la santé de sorte à garantir aux membres élus du conseil d'un ordre une majorité d'au moins un et d'au plus deux sièges par rapport aux membres du public qui y sont nommés. Cette modification pourrait prendre la forme soit de la mention d'un nombre exact de membres des deux catégories devant siéger au conseil d'un ordre, soit de l'ajout d'une disposition distincte prescrivant que le nombre de membres élus doit être supérieur au nombre de membres du public nommés d'au moins une et d'au plus deux personnes. 52

11. Que le ministre profite de la modification proposée pour consulter les ordres au sujet d'une éventuelle hausse ou baisse de l'effectif de leurs conseils, de même que de la possibilité de prescrire l'inclusion parmi cet effectif de membres représentant les établissements d'enseignement. 52

12. Que le *Code des professions de la santé* (le *« Code »)* soit modifié de sorte à fusionner les fonctions de triage du comité des plaintes et du bureau au sein d'un comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes habilité à trancher définitivement toute question soulevée par des rapports ou plaintes quelconques au sujet des membres de l'ordre. 57

13. Que le *Code* soit modifié de sorte à expressément ajouter aux pouvoirs du nouveau comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes celui de renvoyer des plaintes, rapports ou autres renseignements reçus au sujet d'une ou d'un membre de l'ordre au comité d'assurance de la qualité en vue d'une évaluation de ses compétences ou de la mise au point de programmes de remédiation, voire les deux, de même que le pouvoir de rendre une ordonnance ayant pour effet de suspendre provisoirement son certificat d'inscription ou de l'assortir de certaines restrictions. 57

14. Que le *Code* soit modifié de sorte à fusionner les fonctions du comité de discipline et du comité d'aptitude professionnelle en vue de former un seul comité d'arbitrage. 57

15. Que le *Code* soit modifié de sorte que les enquêtes et les renvois relatifs à des allégations d'incapacité soient du ressort du comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes. 57

16. Que le *Code* soit modifié de sorte que le comité d'arbitrage statue de façon définitive sur les questions d'incapacité, et non le comité d'aptitude professionnelle. 57

17. Que le *Code* soit modifié de sorte à supprimer l'obligation pour les ordres de se doter d'un comité des relations avec les patients, tout en maintenant cependant leur obligation d'offrir un programme de relations avec les patients et de se conformer aux exigences y afférent. 57

18. Que de l'information sur le rôle et les responsabilités des membres du public nommés aux conseils des ordres soit fournie à l'avance aux personnes dont la nomination est envisagée. 63

19. Que la sélection des particuliers appelés à siéger aux conseils des ordres se fasse suivant une série de critères, dont les connaissances, les capacités et la détermination nécessaires à l'exécution du rôle de membre du public au sein du conseil d'un ordre en général, de même que les connaissances et les capacités spécifiques requises pour siéger au conseil censé les accueillir en particulier. 63

20. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fasse clairement comprendre aux ordres qu'ils sont responsables de l'orientation et de la formation des membres du public nommés à leurs conseils et qu'il les encourage à faire en sorte que ces derniers soient bien préparés à assumer leur rôle. 63

21. Que le ministre mette sur pied un comité ou groupe d'étude composé de membres du public siégeant aux conseils des ordres et de personnes représentant aussi bien les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario que le ministère, dont les tâches seraient les suivantes : 63
    - repérer et créer des programmes et autres ressources pouvant servir à l'orientation et au soutien des membres du public;
    - créer des mécanismes fiables permettant aux membres du public d'obtenir et d'échanger de l'information;
    - créer des mécanismes prévoyant des rencontres périodiques entre les membres du public pour discuter de préoccupations communes;
    - étudier la possibilité de mettre sur pied un organisme national qui coordonnerait la dissémination des ressources et ferait la liaison entre le public et les particuliers représentant ses intérêts au sein des ordres régissant les professions.

Chapitre 6 Procédures relatives aux plaintes et à la discipline

22. Que soit maintenue l'exigence du paragraphe 25(2) du *Code* que les sous-comités du comité des plaintes d'un ordre se composent d'au moins trois personnes, dont au moins une est un membre du public nommé au conseil de l'ordre, et qu'au sein des sous-comités nombreux, il y ait toujours une majorité simple de membres du public moins une personne, autrement dit par exemple deux membres du public au sein d'un sous-comité composé de cinq personnes ou trois membres du public au sein d'un sous-comité composé de sept personnes. 67

23. Que l'article 26 du *Code* soit modifié de sorte à permettre aux plaignants comme aux membres des professions mis en cause de réagir par écrit au relevé de leurs déclarations respectives par la personne chargée de l'enquête dans les 30 jours suivant la réception d'une copie de ce relevé et que leurs commentaires à cet égard fassent partie des documents remis au sous-comité du comité des plaintes avant que celui-ci ne statue sur la plainte. 72

24. Que l'article 28 du *Code* soit modifié de sorte à exiger qu'un sous-comité statue sur une plainte dans les 150 jours qui suivent son dépôt. 72

25. Que le *Code* soit modifié de sorte à exiger des ordres que s'ils ne sont pas en mesure de respecter un délai imparti par la *Loi*, ils en avisent la personne à l'origine d'une plainte et la professionnelle ou le professionnel mis en cause en leur communiquant les raisons du retard, de même qu'une nouvelle date limite pour le règlement de la plainte. 73

26. Que les articles 26 et 36 soient modifiés de sorte à exiger que le comité saisi d'une plainte ou de toute autre allégation de faute professionnelle renvoie la question au comité de discipline s'il est convaincu que : (1) l'ordre ou le sous-comité chargé d'étudier l'allégation juge que celle-ci est grave et (2) les renseignements fournis à l'appui de la plainte ou autre rapport et les renseignements recueillis par la suite lors d'une enquête constituent une preuve admissible susceptible d'amener le sous-comité du comité de discipline à conclure qu'il y a bien eu faute professionnelle. 74

27. Que l'article 25 du *Code* soit modifié sorte à prévoir que la registrateure ou le registrateur d'un ordre se charge d'enquêter sur une plainte et que le sous-comité du comité des plaintes étudie les résultats de son enquête. 76

28. Que le *Code* soit modifié de manière à charger soit le comité des plaintes, soit le bureau, de superviser l'avancement de la procédure relative aux plaintes et de veiller au règlement définitif de l'ensemble des plaintes dans les meilleurs délais. 76

29. Que l'article 23 du *Code* soit modifié de sorte à soumettre tous les règlements à l'amiable à l'approbation d'un sous-comité du comité des plaintes et à prévoir la publication des engagements en matière de remédiation dans la partie du tableau mise à la disposition du public. 76

30. Que le *Code* soit modifié de sorte à stipuler expressément que le recours à un processus de règlement à l'amiable est réservé aux plaintes portant sur des problèmes de communication, de documentation ou de tenue des dossiers, de conduite inconvenante sans autre manquement grave aux normes d'exercice, de manquement ponctuel aux normes d'exercice n'ayant pas causé de préjudices ou de lésions graves, de manquement au secret professionnel, de conflits d'intérêts et d'autres comportements ne trahissant aucune irrégularité systématique. 76

31. Que l'article 26 du *Code* soit modifié de sorte à y inclure une disposition autorisant expressément les sous-comités d'un comité des plaintes à adresser une professionnelle ou un professionnel de la santé au comité d'assurance de la qualité en vue d'une évaluation de ses compétences ou de l'imposition des mesures de remédiation qui peuvent s'imposer, voire les deux. 77

32. Que les articles 37 et 62 du *Code* soient modifiés de sorte à permettre soit au bureau, soit au comité d'examen préliminaire et de traitement des plaintes de rendre une ordonnance ayant immédiatement pour effet d'assortir un certificat d'inscription de restrictions ou de le suspendre de façon provisoire s'il est convaincu, selon la prépondérance des probabilités, que la conduite d'une ou d'un membre de l'ordre exposerait autrement ses patients à un préjudice ou à des blessures. 78

33. Que les articles 37 et 63 soient modifiés de sorte à exiger qu'au moment de rendre une ordonnance, le comité divulgue à la professionnelle ou au professionnel visé par celle-ci tous les renseignements ou documents pertinents sur lesquels il a basé sa décision de rendre l'ordonnance et l'informe de son droit de demander un réexamen de l'ordonnance dans les trois jours qui suivent. 79

34. Que les articles 37 et 63 du *Code* soient modifiés de sorte à établir, d'une part, que la professionnelle ou le professionnel visé par une ordonnance de suspension provisoire ou de restriction de son certificat d'inscription a trois jours à compter de la date à laquelle celle-ci lui est signifiée pour demander au comité ou au sous-comité l'ayant rendue de la réexaminer et, d'autre part, que si le comité ou le sous-comité manque de réexaminer l'ordonnance dans les trois jours qui suivent sa demande, l'ordonnance s'annule. 79

35. Que les paragraphes 37(3) et 62(3) du *Code* soient modifiés de sorte à préciser qu'une ordonnance expire le jour où le comité de discipline statue sur la plainte de façon définitive et au plus tard au bout de 12 mois si le comité de discipline n'a pas fait connaître sa décision passé ce délai. 79

36. Que le paragraphe 29(4) du *Code* soit modifié de sorte que l'ordre compétent soit partie au réexamen d'une décision relative à une plainte, avec les mêmes droits et obligations que les autres parties. 81

37. Que l'article 29 du *Code* soit modifié de sorte à exiger que la partie qui interjette appel d'une décision du sous-comité du comité des plaintes en donne un avis motivé, accompagné d'un énoncé bien clair de la preuve à l'appui de son appel. 81

38. Que l'article 33 du *Code* soit modifié de sorte à exiger la divulgation aux parties à un réexamen, au moins 10 jours avant celui-ci, de tous les documents, nouveaux ou autres, devant être pris en considération lors du réexamen, sous réserve des exceptions prévues au paragraphe 32(3) du *Code*. 82

39. Que l'article 41 du *Code* soit modifié de sorte à accorder aux personnes à l'origine d'une plainte le droit au statut de partie, autrement dit la qualité pour agir, lors des instances du comité de discipline, y compris d'éventuelles instances préparatoires à l'audience visant à cerner l'exposé des faits et arrêter des recommandations communes en matière d'engagements ou d'ordonnances, voire les deux, et à exiger que les plaignants manifestent leur intention de se prévaloir de ce droit dans les 30 jours après que la décision du sous-comité du comité des plaintes leur ait été signifiée, si cette décision consiste à renvoyer l'affaire au comité de discipline. 85

40. Que l'article 27 du *Code* soit modifié de sorte à exiger que l'avis de décision communiqué aux personnes à l'origine d'une plainte les informe aussi de leur droit au statut de partie et de leur obligation d'aviser l'ordre dans les 30 jours suivant la réception de l'avis visé à l'article 27 de leur intention de se prévaloir de ce droit. 85

41. Que le *Code* soit modifié par l'ajout d'une disposition à l'effet que même si la personne à l'origine d'une plainte se prévaut de son droit au statut de partie, l'ordre reste seul responsable de la poursuite. 85

42. Que le *Code* soit modifié de sorte à exiger, d'une part, que tout règlement à l'amiable soit soumis à l'examen et à l'approbation du sous-comité du comité de discipline chargé de tenir une audience sur les allégations renvoyées à ce dernier et, d'autre part, que la teneur de chaque règlement intervenu soit ajoutée au tableau mis à la disposition du public. 87

43. Que les lignes directrices relatives aux ordonnances applicables en cas de mauvais traitements d'ordre sexuel soient élargies pour inclure l'ensemble des cas de faute professionnelle (voir les recommandations 8, 9 et 10 à l'annexe B). 88

44. Que l'article 71 du *Code* soit modifié de sorte à prévoir que les ordonnances rendues par un sous-comité du comité de discipline prennent effet immédiatement, même si elles sont frappées d'appel. 44

45. Que le *Code* soit modifié de sorte à autoriser une professionnelle ou un professionnel de la santé qui désire obtenir un sursis d'exécution d'une ordonnance à présenter une requête à cet effet devant la Cour divisionnaire, dans la mesure où les conditions suivantes sont remplies : 1) l'ordonnance n'a pas trait à un cas d'incompétence, d'incapacité ni de mauvais traitements d'ordre sexuel graves tels que définis aux sous-dispositions 51(5)2 i, ii, iii, ou iv et 2) la professionnelle ou le professionnel peut démontrer que a) l'appel est justifié sur le fond et n'a rien de frivole et b) l'intérêt public n'exige pas le maintien de l'ordonnance. 45

Chapitre 7 Accès du public à l'information

46. Que le paragraphe 36(1) de la *Loi* soit modifié de sorte à substituer les mots « à la confidentialité » aux mots « au secret » et à préciser que les renseignements dont la divulgation est interdite sont les « renseignements personnels », sauf disposition contraire explicite de la *Loi* (p. ex., en ce qui a trait à l'accès à des renseignements sur les pratiques professionnelles des membres d'un ordre par l'intermédiaire du tableau dressé par ces derniers). 98

47. Que le paragraphe 36(1) de la *Loi* soit modifié par l'ajout d'une exception autorisant un ordre à confirmer ses actions en cours concernant un de ses membres, le cas échéant, s'il y va de l'intérêt public, et que le *Code* précise à cet égard que l'information divulguée dans de telles circonstances se limite à ce qui est nécessaire pour répondre aux besoins du public. 98

48. Que le paragraphe 23(3) du *Code* soit modifié de sorte à exiger l'ajout des éléments suivants à la partie du tableau d'un ordre accessible au public : 102

a) les décisions du comité des plaintes de renvoyer une question au comité de discipline ou au comité d'assurance de la qualité;

b) jusqu'à ce qu'ils aient été remplis et au moins pendant une période d'un an, les engagements pris par une professionnelle ou un professionnel en matière de remédiation et de restriction de l'exercice de sa profession, que ce soit à l'issue d'un règlement à l'amiable négocié ou d'une procédure du comité des plaintes, de la discipline ou de l'assurance de la qualité, sauf à l'égard des allégations d'incapacité;

c) les avertissements qu'une professionnelle ou un professionnel a reçus et la nature des actions qui lui ont valu chaque avertissement, étant entendu qu'un avertissement sera effacé du tableau au bout d'un an s'il n'y en a pas eu d'autre entre temps;

d) pendant une durée de six ans après qu'elles aient été infligées ou délivrées, la nature des réprimandes, amendes et ordonnances de suspension ou de restriction de son certificat d'inscription dont une professionnelle ou un professionnel a fait ou fait l'objet à l'issue d'une procédure disciplinaire (ceci élimine le pouvoir discrétionnaire que la disposition 23(3) 3. du *Code* confère à un comité de consigner l'issue de sa procédure au tableau ou non).

e) Que le ministre dirige une initiative en collaboration avec les ordres et les suite groupes de défense des consommateurs visant à étudier la possibilité d'élargir la collecte et la publication par les ordres de renseignements portant par exemple sur :

- les compétences particulières de leurs membres et les domaines dans lesquels ils ou elles exercent leur profession,
- les certificats relatifs à une spécialité,
- les fautes professionnelles.

f) Que le ministre adopte une politique exigeant que la partie du tableau des ordres que le public peut consulter soit accessible par Internet d'ici janvier 2006.

49. Que le paragraphe 23(1) du *Code* soit modifié de sorte à exiger qu'un ordre consigne au tableau l'ensemble des plaintes et rapports qu'il reçoit à l'égard de ses membres, de même que la suite qu'il y a donnée. 102

Chapitre 8 Qualité des soins

50. Que le ministre constitue un groupe d'étude chargé de concevoir un système pour rendre compte et traiter des erreurs dans la prestation des soins de santé qui ont des conséquences graves pour les patients et pour éviter que ces erreurs ne se reproduisent. 113

Chapitre 9 Relations avec les patients

51. Que le paragraphe 84(2) de la *Loi*, exigeant des ordres qu'ils préviennent les mauvais traitements d'ordre sexuel ou qu'ils traitent de ceux-ci, soit modifié de sorte à ce que les ordres soient tenus à la fois de prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel *et* d'en traiter. 118

52. Que l'article 84 du *Code* soit modifié de sorte à exiger que les programmes de relations avec les patients comprennent des mesures autres que celles visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients et à traiter de ceux-ci. 118

Chapitre 10 Rôles et responsabilités

53. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à attribuer au ministre, en consultation avec les ordres, la responsabilité de concevoir, mettre en œuvre et financer des activités d'information continue du public. 124

54. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à préciser que les activités d'information du public visées dans la recommandation 53 aient pour le moins pour objet de bien faire comprendre : 125

    a) quelles professions de la santé sont réglementées;
    b) ce que la réglementation des professions représente (rôle et responsabilités des ordres et de leurs membres en matière d'admission à la profession, d'actes autorisés, de normes d'exercice et d'assurance de la qualité);
    c) le mandat des ordres d'assurer la protection du public;
    d) la marche à suivre pour s'enquérir d'une profession ou encore d'une ou un de ses membres et pour déposer une plainte;
    e) le droit du public d'accéder à certains renseignements concernant une ou un membre d'une profession de la santé réglementée.

55. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à ce que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée soit clairement responsable de son application comme il se doit aux prestateurs de soins de santé qui ne sont pas membres d'une profession réglementée. 128

56. Que la *Loi* soit modifiée de sorte à prévoir un mécanisme de mise en œuvre de la recommandation précédente, par exemple la création d'un service spécial au sein du ministère (ou au sein d'un organe externe, par délégation) chargé de recueillir les allégations, de mener des enquêtes, de rendre des ordonnances de cesser et s'abstenir et, au besoin, d'engager des poursuites. 128

57. Que le service ou l'organe chargé de pareille exécution de la *Loi* soit doté de ressources suffisantes pour s'acquitter pleinement de ses responsabilités. 128

58. Que le ministre, en consultation avec les ordres, établisse des normes et donc des délais pour l'exécution en temps utile de certaines de ses fonctions, telles que l'approbation et l'adoption des règlements touchant les ordres ou la modification de ces règlements, ou encore la nomination des membres du public aux conseils des ordres. 129

59.	Que le ministre s'assure que les personnes chargées des initiatives liées à l'établissement de normes pour l'exécution de ses fonctions disposent des ressources nécessaires pour obtenir les résultats voulus.	130
60.	Que le ministre, par voie de politique ou de directives, précise quelles données les ordres doivent présenter dans leurs rapports annuels ou autres, à l'appui de ses fonctions de planification, de surveillance et d'évaluation.	130
61.	Que l'ensemble des lois sur une profession de la santé soient modifiées de sorte à prévoir leur étude, échelonnée sur six ou sept ans, à raison de trois ou quatre lois par année.	135
62.	Que la *Loi* soit modifiée de sorte à prévoir l'étude de son efficacité une fois tous les dix ans.	135
63.	Que la *Loi* soit modifiée de sorte à exiger du ministre qu'il communique au public en l'espace de six mois les rapports que lui remet le Conseil consultatif.	136
64.	Que le ministre tienne les personnes ou organismes qui lui ont demandé de soumettre une question au Conseil consultatif au courant de la suite donnée à leur demande.	136
65.	Que la *Loi* soit modifiée de sorte à créer et attribuer une nouvelle responsabilité combinée concernant la surveillance et l'évaluation de certaines activités des ordres (programme de relations avec les patients, programme d'assurance de la qualité et procédures relatives à la plainte et à la discipline) et que la responsabilité d'évaluer l'efficacité des procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles soit élargie de sorte à englober tous les types des plaintes, pas juste celles pour mauvais traitements d'ordre sexuel.	138
66.	Que la *Loi* attribuer au Conseil consultatif déjà responsable de fonctions de surveillance et d'évaluation, la nouvelle responsabilité combinée visée ci-dessus.	138
67.	Que le Conseil consultatif rende compte au ministre et au public tous les deux ans des indicateurs de rendement mis au point pour l'évaluation des programmes prescrits des ordres.	138

ANNEXES

Annexe A Recommandations du Conseil consultatif au ministre concernant les programmes d'assurance de la qualité des ordres régissant les professions de la santé

Statut actuel et approches innovatrices

1. *Que la ministre écrive à tous les ordres professionnels, à l'exception de l'Ordre des denturologistes, pour les féliciter d'avoir élaboré et mis en œuvre des programmes d'assurance de la qualité dans une courte période de temps.*

2. *Que la ministre demande à l'Ordre des denturologistes de fournir au ministère, d'ici le 31 décembre 2000, des renseignements sur ses programmes d'assurance de la qualité afin que le ministère puisse évaluer ces programmes en fonction des éléments du programme modèle d'assurance de la qualité et veiller au développement ultérieur du programme et à sa mise en œuvre.*

3. *Que la ministre organise une conférence, en collaboration avec les ordres professionnels, afin de partager les expériences innovatrices sur les activités d'assurance de la qualité.*

Élaboration des composantes du programme

4. *Que la ministre demande à tous les ordres professionnels d'assurer la mise en œuvre complète de toutes les composantes du programme modèle d'assurance de la qualité, d'ici décembre 2001.*

5. *Que le ministère donne des lignes directrices détaillées aux ordres professionnels sur les éléments et la méthodologie de l'analyse de l'exercice qui est une composante obligatoire de leurs programmes d'assurance de la qualité, pour assurer la compatibilité entre les ordres tout en permettant à chacun d'avoir la souplesse voulue pour tenir compte des différents cadres dans lesquels leurs membres pratiquent.*

Pouvoirs des ordres professionnels

6. *Que les dispositions de la réglementation actuelle soient pleinement utilisées pour obliger les membres à respecter les exigences et les mesures correctives du programme d'assurance de la qualité.*

Mise en valeur du potentiel et évaluation

7. *Que la ministre demande à tous les ordres professionnels d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'évaluation de l'ensemble de leurs programmes d'assurance de la qualité, d'ici décembre 2002.*

8. *Que la ministre communique le rapport et les recommandations de HCA aux ordres professionnels et les encourage à explorer les possibilités de coordination et de partenariat pour mettre en place les recommandations de HCA concernant l'amélioration de leur capacité d'évaluation.*

9. ***Que les ordres professionnels, le ministère et le CCRPS collaborent pour établir un système de contrôle des performances basé sur un ensemble d'indicateurs de base et d'indicateurs spécifiques aux ordres pour leurs programmes d'assurance de la qualité afin de faciliter les évaluations futures.***

10. ***Que la Loi soit modifiée pour donner au CCRPS la responsabilité légale du contrôle permanent des programmes d'assurance de la qualité des ordres professionnels et pour effectuer des évaluations périodiques sur l'efficacité de ces programmes.***

Annexe B Recommandations du Conseil consultatif au ministre concernant les procédures des ordres régissant les professions de la santé relatives aux plaintes et à la discipline en ce qui concerne les fautes professionnelles d'ordre sexuel

Les recommandations suivantes, formulées par le CCRPS, à l'intention de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée, portent sur les cas d'abus sexuel de patients et clients, commis par des professionnels de la santé réglementés.

PRÉVENTION-PRIMAIRE

Pour aider à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel commis à l'égard de patients et de clients, le CCRPS recommande que :

1. ***le ministère de la Santé et des Soins de longue durée entreprenne des programmes d'éducation du public, par le biais de la presse écrite, de la télévision, de la radio et d'Internet, pour expliquer au public ontarien ses droits et recours et le caractère inapproprié des contacts sexuels que les professionnels de la santé pourraient avoir avec leurs patients et clients;***

2. ***le paragraphe 84(2) du* Code des professions de la santé *(CPS) qui exige que les ordres prennent des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel ou à traiter de ceux-ci, soit remplacé pour exiger que les ordres prennent des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel et à traiter de ceux-ci.***

PRÉVENTION-DISSUASION

Rapports obligatoires

Pour améliorer la valeur préventive des rapports obligatoires et décourager les incidents de mauvais traitements d'ordre sexuel, tout en maintenant le droit des patients à la vie privée, le CCPRS recommande que :

3. ***Le CPS soit modifié comme suit :***

- ***exiger que les ordres et les membres qui doivent soumettre des rapports obligatoires encouragent activement les patients à consentir à ce que leur nom soit inclus dans les rapports obligatoires;***

- ***modifier l'alinéa 85.1(3) du CPS afin de remplacer l'expression « tout en son pouvoir » par la condition voulant que si le patient en est incapable, son représentant soit avisé par le professionnel de la santé établissant le rapport obligatoire de cette obligation relative au rapport;***

- ***modifier le paragraphe 85.3 du CPS pour exiger que le professionnel de la santé obtienne le consentement informé des patients ou de leurs représentants afin de pouvoir nommer ces patients;***

- ***modifier le paragraphe 85.3 du CPS pour exiger que le professionnel de la santé fournisse des renseignements aux patients ou à leurs représentants si les patients sont frappés d'incapacité, sur les services de soutien dont il est question dans la recommandation 11, de façon que les patients puissent obtenir des renseignements et des conseils sur l'octroi du consentement et sur la possibilité de témoigner dans le cadre du processus d'enquête et de discipline;***

    - ***modifier l'alinéa 85.3(3) pour permettre que le nom des patients soit ajouté à un rapport obligatoire une fois le rapport déposé, au cas où le consentement ait été obtenu par la suite.***

Pour clarifier les attentes des ordres concernant les rapports obligatoires, nous recommandons que :

4. *Le CPS soit modifié comme suit :*

    - ***modifier l'article 75 du CPS pour exiger que le registrateur de l'ordre, lorsque le registrateur a des motifs raisonnables et probables de croire qu'un membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à une patiente ou un patient, nomme un enquêteur, à la réception d'un rapport obligatoire;***

    - ***modifier l'article 79 du CPS pour exiger que, comme suite à une enquête en vertu de l'article 75, un rapport soit envoyé par le registrateur au bureau ou à un sous-comité chargé d'étudier les plaintes.***

Divulgation des règlements et des décisions

Pour décourager les mauvais traitements d'ordre sexuel et appuyer le choix éclairé des professionnels de la santé par les patients, nous recommandons que :

5. ***Les paragraphes 23(1) et (3) du CPS soient modifiés pour exiger la publication au tableau et dans un rapport de l'ordre des avertissements et de toutes les décisions du comité des plaintes concernant un membre qui entraînent la recommandation à un comité de discipline, à un comité d'assurance de la qualité ou toute autre mesure corrective, et pour assurer l'accès du public. En outre, l'article 27 du CPS doit être modifié pour exiger que ces renseignements soient publiés dans un rapport de l'ordre.***

6. ***Le CPS soit modifié pour exiger que les ordres consignent au tableau public et dans un rapport de l'ordre le nom des membres qui démissionnent ou qui ne renouvellent pas leur certificat, comme suite à une plainte ou au dépôt d'un rapport obligatoire sur les abus sexuels, et pour inclure la nature des allégations qui ont fait l'objet d'une enquête au moment de la démission ou de l'annulation de l'affiliation à l'ordre.***

7. ***L'alinéa 23(3)3.1 du CPS soit modifié pour supprimer le caractère discrétionnaire de la décision d'un ordre et exiger que les conclusions de culpabilité concernant le comportement ou les remarques de nature sexuelle d'un professionnel de la santé envers une patiente ou un patient soient inscrits au tableau et mis à la disposition du public.***

Lignes directrices concernant les ordonnances

Pour assurer la prise de décisions disciplinaires souples tout en étant uniformes et transparentes, nous recommandons que :

8. ***Les paragraphes 51(5) et 72(3) du CPS soient modifiés pour maintenir la révocation automatique d'un certificat d'inscription d'un membre en cas de mauvais traitements d'ordre sexuel de nature grave (tel que défini à l'alinéa 51(5)2 du CPS) pendant une période de temps laissée à la discrétion du sous-comité de discipline.***

9. ***L'article 51 du CPS soit modifié pour exiger que le sous-comité de discipline tienne compte de la gravité et des circonstances entourant la faute professionnelle lorsqu'il détermine la durée de la révocation, en prenant tout particulièrement en considération les facteurs suivants devant être précisés dans le CPS :***

   - ***la gravité de l'abus sexuel;***
   - ***la proportionnalité; la décision doit être proportionnelle à la gravité de la faute professionnelle et au degré de responsabilité du répondant;***
   - ***la nécessité de faire la distinction entre le répondant et la profession afin de protéger le public contre tout danger;***
   - ***la nécessité de dénoncer le comportement non professionnel;***
   - ***l'impact sur la (les) victime(s);***
   - ***les remords du répondant;***
   - ***l'effet de dissuasion spécifique et général;***
   - ***le potentiel de réadaptation; et***
   - ***tout autre facteur que le comité considère comme étant approprié, compte tenu des circonstances.***

10. ***Quant à la soumission d'une nouvelle demande, nous recommandons que l'article 72 du CPS qui traite de la remise en vigueur, soit modifié pour stipuler qu'en cas de soumission d'une nouvelle demande une fois le certificat du membre révoqué en raison d'une faute professionnelle de nature sexuelle, le comité d'inscription examine les facteurs suivants pour décider s'il doit admettre de nouveau le membre :***

   - ***sécurité du public;***
   - ***réadaptation du membre;***
   - ***restrictions en matière d'exercice de la profession, y compris exigences en matière de supervision; et***

- *caractère approprié de la période de probation.*

TRAITEMENT SENSIBLE ET RESPECTUEUX DU PUBLIC

Services de soutien

Pour tenir compte de la dynamique spéciale propre aux mauvais traitements d'ordre sexuel et pour offrir un soutien aux patients et clients qui risquent d'avoir été victimes d'abus sexuel, nous recommandons que :

11. ***Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée crée un programme visant à offrir des services de soutien aux patients ou aux clients qui signalent des mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par des professionnels de la santé et que ces services aient les fonctions suivantes :***

- ***offrir des renseignements sur le processus de dépôt des plaintes auprès d'un ordre ou sur le consentement à voir son nom publié dans un rapport obligatoire;***
- ***offrir des renseignements et d'autres mécanismes de soutien non thérapeutiques aux plaignants et aux personnes faisant l'objet de rapports obligatoires par le biais des processus de plainte, de règlement et de discipline des ordres;***
- ***aider les patients à soumettre des demandes de financement pour des services de thérapie et de consultations;***
- ***aider les patients à obtenir des traitements de la part d'un autre membre de l'ordre au cas où les soins continus prodigués par une personne faisant l'objet d'un rapport obligatoire ou d'une plainte ne soient plus appropriés ou souhaités par la patiente ou le patient.***

12. ***Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée tienne un registre des fournisseurs de services en Ontario afin d'offrir un soutien aux patients et clients qui signalent des mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par des membres, et que ces fournisseurs de services soient choisis en fonction de critères publiés et que ces critères précisent que tout membre d'un ordre ne peut pas offrir des services de soutien à une patiente ou un patient qui a déposé une plainte d'abus sexuel contre un membre de cet ordre.***

13. ***Le Ministère prévoie que le financement du programme de services de soutien inclue un système de facturation des frais à l'ordre, système qui facturera équitablement des frais aux ordres spécifiques, en fonction du volume et de l'intensité des services offerts aux personnes qui ont subi des mauvais traitements d'ordre sexuel de la part des membres de ces ordres.***

14. ***L'on modifie la Loi pour exiger que les ordres informent les patients qui signalent des mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par un membre de l'ordre, des services de soutien et pour exiger que les ordres financent les services de soutien, tel qu'exigé par le ministre.***

Financement des services de thérapie et de consultations

Pour élargir la portée des clauses actuelles de la Loi, afin d'améliorer l'accès, l'opportunité, la sensibilité et le caractère approprié des services de thérapie en cas d'abus sexuel, nous recommandons que :

15. ***L'on prévoie d'autres critères d'admissibilité au financement des services de thérapie et de consultations dans la Loi en modifiant le CPS comme suit :***

que l'on modifie l'alinéa 85.7(4) du CPS en annulant l'alinéa 85.7(4) b) et en lui substituant les « autres critères d'admissibilité » suivants :

(i) un membre admet, dans une déclaration faite à l'ordre ou dans une entente avec l'ordre qu'il a commis un acte d'abus sexuel à l'encontre de la personne pendant qu'elle était sa patiente ou son patient;

(ii) un membre a été accusé en vertu du **Code criminel** *(Canada) d'agression sexuelle à l'égard de la personne pendant qu'elle était sa patiente ou son patient;*

(iii) un sous-comité du comité de discipline a conclu le 31 décembre 1993 ou par la suite que la personne a été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par un membre avant ou après le 31 décembre 1993, pendant qu'elle était sa patiente ou son patient;

(iv) les motifs écrits d'un comité de l'ordre, soumis après une audience, contiennent une déclaration stipulant qu'une patiente ou un patient a été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par un membre; ou

(v) le comité des relations avec les patients n'a pas reçu assez de preuves pour lui permettre de croire raisonnablement que la personne, pendant qu'elle était la patiente ou le patient du membre, a été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par ce dernier.

(vi) Aux fins de la clause (v), et sans limiter la portée générale de cette clause, les types de preuves suivantes peuvent laisser porter à croire raisonnablement qu'une personne, pendant qu'elle était la patiente ou le patient d'un membre, a été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par ce membre :

- *preuve qu'un avis d'audience a été émis par l'ordre, contenant les allégations que la personne, pendant qu'elle était une patiente ou un patient, a été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par un membre qui est décédé avant l'audience;*
- *preuve de rapports soumis à propos du membre, en vertu de l'alinéa 85.1(1) du* **Code des professions de la santé** *(CPS); ou*
- *preuves corroborant les allégations d'abus sexuel de la personne.*

16. L'alinéa 85.7(9) du CPS soit modifié pour rembourser aux patients et clients le coût des médicaments, des frais de garde d'enfants et des frais de voyage et de déplacement raisonnables associés aux services de thérapie en cas de mauvais traitements d'ordre sexuel.

17. L'on modifie le paragraphe 85.7 du CPS pour accorder un financement au titre des services de thérapie, et que ce financement soit rétroactif pour que les plaignants soient indemnisés pour les services de thérapie reçus durant la période précédant l'audience relative aux services de consultations dus à des mauvais traitements infligés par un membre.

18. L'on modifie le paragraphe 85.6 du CPS pour empêcher la divulgation des renseignements sur les plaignants concernant une demande de remboursement des services de thérapie et de consultations au membre nommé dans la demande.

ÉQUITÉ DE LA PROCÉDURE

Normes concernant la recommandation à un comité de discipline

Pour expliquer comment une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel devrait être adressée au comité de discipline, nous recommandons que :

19. L'on modifie les articles 26 et 36 du CPS pour exiger qu'un sous-comité du comité des plaintes qui examine une plainte ou le bureau qui examine un rapport sur de mauvais traitements d'ordre sexuel adresse l'(les)allégation(s) de faute professionnelle à un comité de discipline si le sous-comité estime que : (1) l'allégation est de nature grave; et (2) les renseignements figurant dans la plainte ou le rapport et obtenus en vertu d'une enquête ultérieure, offrent des preuves admissibles qui, si un sous-comité du comité de discipline les croit, pourraient déboucher sur une décision de faute professionnelle.

On définit dans les présentes le terme « grave » comme étant : (1) un abus sexuel tel que défini à l'alinéa 51(5)2; (2) des mauvais traitements répétés d'ordre sexuel, tel que défini à l'alinéa 1(3)c); ou (3) un comportement ou des actes qui, selon l'ordre ou le sous-comité, sont de nature « grave ».

Processus de plainte

Pour clarifier la responsabilité de l'enquête sur les plaintes et des rapports obligatoires, y compris ceux touchant les mauvais traitements d'ordre sexuel, nous recommandons que :

20. L'article 25 du CPS soit modifié pour stipuler que le registrateur enquête sur toute plainte ou tout rapport obligatoire au lieu qu'un sous-comité du comité des plaintes soit chargé de l'enquête.

21. Le CPS soit modifié pour exiger que le comité des plaintes ou le bureau contrôle les progrès (y compris le retrait) de toutes les plaintes et veille à assurer l'opportunité optimale du règlement de la plainte.

22. L'article 26 du CPS soit modifié pour permettre au plaignant et au répondant d'avoir chacun l'occasion de soumettre ses commentaires sur les déclarations respectives, telles que consignées par un enquêteur de l'ordre et qui feront partie du rapport de l'enquêteur, soumis au sous-comité, dans un délai de 15 jours à compter de la réception de leurs déclarations par l'ordre, et que ces commentaires soient inclus dans les documents remis au comité des plaintes avant que le sous-comité ne prenne une décision.

23. Le délai de règlement de la plainte, tel que prévu à l'article 28 du CPS, soit prolongé à 150 jours de façon à permettre au plaignant et au répondant de soumettre leurs commentaires concernant leurs déclarations respectives, telles que consignées par l'enquêteur.

24. L'article 28 du CPS soit modifié pour exiger que les ordres communiquent aux plaignants tout délai touchant le règlement de leur plainte, ou les informent des motifs de tout délai, et que les ordres proposent un calendrier révisé de règlement de la plainte.

Règlement extrajudiciaire des différends

Pour expliquer lorsqu'il est approprié d'autoriser le règlement d'un rapport ou d'une plainte d'abus sexuel en ne faisant pas appel à une audience de discipline, nous recommandons que :

25. Le ministre ordonne aux ordres de ne jamais avoir recours à un mode substitutif de règlement des différends dans le cas d'une personne supposée avoir été l'objet de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par un membre, tel que défini à l'alinéa 51(5)2 du CPS.

26. L'on modifie le CPS pour exiger que tous les règlements ou engagements touchant les membres, à la suite d'une plainte ou d'un rapport obligatoire contenant des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel, soient assujettis à l'approbation d'un comité ou d'un sous-comité.

Statut de partie

Pour encourager les plaignants à participer et pour assurer la pleine participation et la divulgation des renseignements lors d'une audience disciplinaire, nous recommandons que :

27. L'article 41 du CPS soit modifié pour accorder aux plaignants, en cas de mauvais traitements d'ordre sexuel, un statut de partie à la procédure disciplinaire, y compris aux procédures précédant l'audience, pour déboucher sur des exposés des faits et des recommandations conjointes en vue d'engagements ou de règlements, et que les plaignants soient tenus d'indiquer qu'ils ont l'intention d'exercer leur statut de partie dans un délai de 30 jours à compter la date de réception de l'avis de la décision du sous-comité du comité des plaintes consistant à adresser la question au comité de discipline.

Pour protéger le mandat de l'ordre et clarifier les rôles, nous recommandons que :

28. Le CPS soit modifié pour noter que nonobstant le statut de partie d'un plaignant, la responsabilité en matière de poursuites et la discrétion incombent à l'ordre.

Divulgation des preuves aux audiences disciplinaires

Pour veiller à ce que les plaignants qui sont des témoins en cas de faute professionnelle supposée de nature sexuelle soient protégés et traités avec dignité et respect lors des procédures disciplinaires, comme c'est le cas en vertu de la* Loi de 1990 sur la preuve de l'Ontario, *L.R.O., c.E.22, nous recommandons que :

29. L'on modifie le CPS pour inclure les articles suivants concernant le témoignage des plaignants dans les cas de mauvais traitements d'ordre sexuel :

Témoignage sur bande vidéo

1(1) Toute bande vidéo du témoignage d'un témoin qui est une partie plaignante dans une affaire de mauvais traitements d'ordre sexuel et qui respecte les conditions précisées au paragraphe (2) peut être admise comme preuve, si le sous-comité du comité de discipline qui entend l'allégation considère que ceci risque d'aider le témoin à faire un témoignage complet et juste ou qui est dans le meilleur intérêt du témoin.

(2) Le sous-comité et les avocats des parties à la cause seront présents lorsque le témoignage sera fait et les avocats pourront examiner le témoin comme s'il témoignait devant un tribunal.

(3) Le paragraphe 2(1) et l'article 3 s'appliquent sous réserve des modifications nécessaires lorsque le témoignage est enregistré sur bande vidéo.

(4) Si une bande vidéo est acceptée en vertu du paragraphe (1), le témoin n'a pas besoin d'être présent ou de témoigner et ne sera pas convoqué pour témoigner.

(5) Cependant, dans des circonstances exceptionnelles, le sous-comité pourra exiger que le témoin soit présent et témoigne, même si l'on a déjà admis son témoignage comme preuve.

(6) Avec l'autorisation du sous-comité, toute bande vidéo d'une entrevue avec une partie plaignante dans une affaire de mauvais traitements d'ordre sexuel pourra être admise comme preuve si la personne, lors de son témoignage, accepte le contenu de la bande vidéo.

(7) Le paragraphe (6) vient compléter toute primauté du droit en vertu de laquelle une bande vidéo peut être admise comme témoignage

Paravent

2(1) Tout témoin qui est une partie plaignante dans une affaire de mauvais traitements d'ordre sexuel peut témoigner derrière un paravent ou tout dispositif de cette nature, permettant au témoin de ne pas voir la partie adverse, si le sous-comité estime que ceci risque de permettre au témoin de faire un témoignage complet et juste ou si ces dispositions sont dans le meilleur intérêt du témoin, et si les conditions précisées au paragraphe (4) sont satisfaites.

(2) Le sous-comité peut ordonner qu'on utilise une télévision en circuit fermé au lieu d'un paravent ou d'un dispositif similaire s'il considère que :

> *(a) un paravent ou un dispositif similaire ne permet pas au témoin de faire un témoignage complet et juste; ou*
>
> *(b) dans le meilleur intérêt du témoin, il faut avoir recours à une télévision en circuit fermé.*

(3) Si le sous-comité introduit une ordonnance en vertu du paragraphe (2), le témoin témoignera à l'extérieur de la salle du comité et son témoignage sera projeté dans la salle du comité par le biais d'une télévision en circuit fermé.

(4) Lorsqu'un écran ou un appareil similaire ou une télévision en circuit fermé sont utilisés, le sous-comité, l'avocat du sous-comité et les parties et leurs avocats pourront voir et entendre le témoignage du témoin.

Personne offrant un soutien

3.(1) Durant le témoignage d'un témoin qui est une partie plaignante dans une affaire de mauvais traitements d'ordre sexuel, une personne de soutien choisie par le témoin pourra l'accompagner.

(2) Si le sous-comité décide que la personne de soutien choisie par le témoin n'est pas appropriée pour toute raison, le témoin aura le droit de choisir une autre personne.

(3) Voici quelques exemples des raisons pour lesquelles le sous-comité peut décider que la personne de soutien choisie par le témoin n'est pas appropriée :

1. le sous-comité estime que cette personne risque d'influencer le témoignage du témoin;

2. le comportement de cette personne est nuisible;

3. cette personne est également un témoin dans la cause.

Contre-interrogatoire

4.(1) Le sous-comité interdira tout contre-interrogatoire personnel par une partie adverse d'un témoin qui est une partie plaignante dans une affaire de mauvais traitements d'ordre sexuel si le sous-comité estime que ce contre-interrogatoire :

(a) influera probablement de façon adverse sur la capacité du témoin de témoigner; ou

(b)ne sera pas dans le meilleur intérêt du témoin.

(2) Si le sous-comité interdit le contre-interrogatoire personnel par la partie adverse, le contre-interrogatoire pourra être effectué de toute autre façon appropriée (par exemple sous forme de questions écrites soumises par la partie adverse et lues au témoin par le sous-comité).

COORDINATION INTERSECTORIELLE

Pour accroître l'accès du public et l'utilisation des renseignements sur les professionnels de la santé qui ont fait ou qui font l'objet d'un acte judiciaire de la part d'un ordre à propos de mauvais traitements d'ordre sexuel, nous recommandons que :

30. L'on crée un registre central accessible au public concernant toutes les professions de la santé réglementées en Ontario pour consigner toutes les conclusions et tous les règlements des affaires de faute professionnelle de nature sexuelle à l'encontre des professionnels de la santé réglementés, et que ce registre soit tenu sous l'égide du ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

31. Le ministre entame des discussions avec ses homologues du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires pour créer un registre national.

32. Le ministre demande au Procureur général d'exiger que les procureurs de la couronne avisent le registrateur de l'ordre de réglementation pertinent si un membre d'une profession de la santé réglementée est accusé de crime sexuel envers un patient ou un client. Nous recommandons, si l'on crée un registre central ou national, conformément à la recommandation 30 susmentionnée, que le Procureur général exige que les procureurs de la couronne avisent le responsable du registre qui, à son tour, informera le registrateur de l'ordre visé de la condamnation.

33. *Le ministre demande au Solliciteur général que tous les policiers enquêtant avisent le registrateur de l'ordre de réglementation pertinent si un membre d'une profession de la santé réglementée est condamné de crime de nature sexuelle envers un patient ou un client. Nous recommandons, si l'on crée un registre central ou national, que le Solliciteur général exige que les policiers avisent le responsable du registre qui, à son tour, avisera le registrateur de l'ordre visé de l'accusation.*

34. *Les Rules of Civil Procedure qui régissent les procédures civiles soient modifiées pour prévoir la signification automatique de l'ordre de réglementation pertinent concernant une déclaration déposée à l'encontre d'un membre de cet ordre pour des dommages intérêts dus à des incidents entraînant des allégations d'abus sexuel. Nous recommandons également que l'ordre de réglementation pertinent soit avisé de tout arrêt de toute action ou qu'on lui transmette l'avis de conclusion à la conclusion judiciaire de l'acte de procédure.*

35. *En cas de remise en vigueur, les ordres aviseront le responsable du registre central ou national de la demande et des conditions, le cas échéant, de la remise en vigueur.*

36. *À la réception de la demande d'inscription, les ordres devront obtenir des renseignements sur les condamnations préalables et sur les accusations d'abus sexuel et les allégations de faute professionnelle liées aux cas d'abus sexuel de toutes les compétences où la personne a exercé en tant que fournisseur de soins de santé.*

CONTRÔLE, ÉVALUATION ET SIGNALEMENT

Pour veiller à assurer la responsabilité continue et l'efficacité optimale, nous recommandons que :

37. *Le CCRPS continue d'avoir un mandat statutaire visant à évaluer les programmes des ordres touchant la prévention et le traitement des patients victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel.*

38. *Le CCRPS collabore avec les ordres et le Ministère afin de concevoir un cadre exhaustif de contrôle continu et d'évaluation périodique de l'efficacité des processus de plainte et de discipline des ordres touchant les mauvais traitements d'ordre sexuel, et que ce cadre inclue ce qui suit :*

- *le processus et des indicateurs des résultats;*
- *des stratégies d'évaluation;*
- *des exigences en matière de rapports annuels;*
- *la fréquence du cycle d'évaluation.*

39. *Le ministre exige, à compter de 2001-2002, que les ordres soumettent des rapports annuels contenant les renseignements suivants et qu'ils soumettent des rapports supplémentaires au ministre une fois le cadre de contrôle et d'évaluation conçu :*
    - *le nombre de plaintes et de rapports obligatoires sur les mauvais traitements d'ordre sexuel reçus par l'ordre, par catégorie d'abus sexuel (p.ex., CPS, article 1a, b ou c);*
    - *des renseignements globaux sur le règlement des plaintes et les rapports obligatoires y compris tout règlement des plaintes ou tout rapport qui n'a pas été adressé à une audience de discipline;*

- *le nombre de plaintes qui ont été traitées dans un délai de 150 jours ou les motifs du délai de traitement des plaintes qui n'ont pas été traitées dans le délai de 150 jours;*
- *des renseignements globaux sur les décisions et les amendes imposées par les sous-comités de discipline, par type d'abus sexuel.*

40. *Le ministre exige que les ordres des denturologistes, des optométristes et des opticiens offrent des renseignements sur les indicateurs d'efficacité de leurs activités concernant le traitement et l'aptitude à traiter les plaintes et les procédures de discipline en cas de mauvais traitements d'ordre sexuel, et qu'il ordonne l'adoption de mesures appropriées pour assurer leur efficacité.*

Annexe C Principaux points soulevés par les professions de la santé réglementées concernant les dispositions législatives auxquelles elles sont soumises

Association ou ordre	Points soulevés
Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario	• ajouter aux actes autorisés l'évaluation audiologique effectuée aux fins de la prescription d'un appareil de correction auditive • modifier l'acte autorisé n° 10 de sorte à inclure dans la prescription d'un appareil de correction auditive la sélection, la vérification ou la confirmation de l'appareil dont une personne malentendante a besoin
Ontario Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists	• autoriser les audiologistes à diagnostiquer les troubles audiologiques • autoriser les orthophonistes à diagnostiquer les troubles de communication et les troubles de déglutition oropharyngiens • autoriser les membres de l'ordre titulaires d'un grade supérieur dans une discipline clinique, par exemple un doctorat en audiologie (Au.D.) ou autre (Ph.D.) à utiliser le titre de « docteur » • clarifier l'acte autorisé consistant à prescrire un appareil de correction auditive en précisant que seul les audiologues peuvent préciser s'il y a lieu d'en poser un sur chaque oreille ou sur une seule, et dans ce cas, laquelle, la marque et le modèle de l'appareil, de même que ses caractéristiques acoustiques • modifier l'énoncé du champ d'application de la profession de manière à, d'une part, y inclure le diagnostic et le traitement de troubles de déglutition oropharyngiens et, d'autre part, l'orienter davantage sur les fonctions de « communication » que de « langage »
Ontario Society of Chiropodists	• autoriser les podologues à communiquer des diagnostics relatifs à la podologie
Ordre des chiropraticiens de l'Ontario	• prévoir l'accès à des services de laboratoire pour appuyer les diagnostics en chiropratique
Association chiropratique de l'Ontario	• obtenir que le ministère charge un groupe de travail regroupant des membres des diverses professions concernées de mettre au point des normes élémentaires en matière de formation des professionnelles et professionnels autorisés à effectuer des manipulations vertébrales

Association ou ordre	Points soulevés
Chiropractic Awareness Council	• réserver aux seuls membres de l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario le droit d'effectuer des manipulations vertébrales
Canadian Memorial Chiropractic College	• autoriser les membres du Canadian Memorial Chiropractic College à ordonner des tests de diagnostic en laboratoire • mettre au point des normes uniformes concernant les manipulations vertébrales
Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario	• autoriser les hygiénistes dentaires à administrer une substance par injection ou inhalation • autoriser les hygiénistes dentaires à ordonner des radiographies
Ontario Dental Hygienists' Association	• convenir avec le Royal College of Dental Surgeons of Ontario de la définition ou de la formulation des instructions que les hygiénistes dentaires reçoivent des dentistes avant l'exécution de leurs actes autorisés que sont le détartrage et le surfaçage radiculaire • autoriser les hygiénistes dentaires à : • communiquer un diagnostic en matière d'hygiène dentaire • administrer une substance par injection ou inhalation
Ordre des technologues dentaires de l'Ontario	• coordonner la supervision des pratiques de laboratoire avec le Royal College of Dental Surgeons of Ontario de sorte à garantir le respect de normes uniformes
Association of Dental Technologists of Ontario	• définir ce que signifie travailler sous la « supervision » d'un membre de l'ordre de sorte à y inclure la supervision de tous les aspects techniques de la conception, construction, réparation ou modification d'un appareil dentaire prothétique, restaurateur ou orthodontique • élargir le champ d'application de la profession de sorte à y inclure les procédures intra-buccales
Ontario Dental Association	• ajouter aux actes autorisés l'utilisation de lasers et « l'application » de médicaments

Association ou ordre	Points soulevés
Ontario Society of Oral and Maxillofacial Surgeons	• droit d'effectuer l'acte autorisé qu'est l'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt : • - au-delà du conduit auditif externe, • - au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales, • - au-delà du larynx, • - au-delà du méat urinaire, • - au-delà de la marge de l'anus, • - dans une ouverture artificielle dans le corps. • communiquer un diagnostic basé sur : • les antécédents médicaux de la personne concernée, • les conclusions d'un examen médical complet, ou • les résultats d'une analyse médicale en laboratoire autre qu'un essai ou une enquête
Ordre des denturologistes de l'Ontario	• autoriser les denturologistes à ordonner des radiographies (rayons X)
Denturists Association of Ontario	• autoriser les denturologistes à ordonner des radiographies (rayons X) • ajouter aux actes autorisés des denturologistes l'appareillage de dispositifs susceptibles d'empêcher le ronflement
Ordre des diététistes de l'Ontario	• ajouter à la liste d'actes autorisés la prescription de régimes thérapeutiques et autoriser les diététistes à exécuter cet acte autorisé • ajouter à la liste d'actes autorisés la prescription d'une alimentation entérale ou parentérale et autoriser les diététistes à exécuter cet acte autorisé • ajouter des exemptions à l'égard des actes autorisés de sorte à permettre aux diététistes de : • - prélever un échantillon de sang en piquant un doigt; • - distribuer aux femmes qui participent à des programmes de nutrition prénatals des vitamines et des minéraux pour femmes enceintes vendus sans ordonnance; • - distribuer gratuitement des échantillons de lactase à des personnes qui présentent une intolérance au lactose et des échantillons d'alpha-galactosidase aux personnes qui digèrent mal les glucides complexes
Ontario Society of Medical Technologists	• créer un nouvel acte autorisé relatif aux procédures de contrôle de la qualité dans les laboratoires d'analyses médicales • ajouter l'électrocardiogramme à la liste des formes d'énergie dont l'application constitue un acte autorisé

Association ou ordre	Points soulevés
Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario	• conférer à l'ordre un plus grand droit de regard sur les lieux où la profession est exercée, un peu comme ce qui se fait pour les pharmacies • harmoniser la *Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement* et la *Loi de 1991 sur les technologistes de laboratoire médical* de sorte à favoriser les échanges d'information concernant les milieux dans lesquels les membres exercent leur profession
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario	• autoriser les infirmières et infirmiers à : • communiquer un diagnostic • délivrer un médicament, • appliquer une forme d'énergie (défibrillation, électrocoagulation et stimulation cardiaque transcutanée) • supprimer le titre réservé « infirmière diplômée » ou « infirmier diplômé » de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario	• autoriser les infirmières autorisées et les infirmiers autorisés titulaires d'un doctorat à utiliser le titre réservé « docteure » ou « docteur » • mettre davantage l'accent sur la prévention de la maladie dans le champ d'application de la profession d'infirmière ou d'infirmier
Registered Practical Nurses Association of Ontario	• modifier la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* de sorte à prévoir une représentation égale des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et des infirmières et infirmiers autorisés au sein du conseil de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Ontario Society of Occupational Therapists	• ajouter aux actes autorisés la pose de systèmes de contention
Ordre des opticiens de l'Ontario	• conférer à l'ordre le pouvoir de réglementer les milieux dans lesquels les opticiens exercent leur profession, un peu comme ce qui se fait pour les pharmacies
Ontario Opticians Association	• s'assurer que les lignes directrices en matière de conflit d'intérêts prévoient que l'opticienne ou l'opticien qui prescrit un appareil de correction visuelle ou des verres de contact délivre une ordonnance à la personne concernée au moment de l'examen • ajouter aux actes autorisés la pose de prothèses oculaires et d'appareils de correction auditive
Association des opticiens du Canada	• autoriser les opticiennes et opticiens à « prescrire » à l'aide de la technologie informatique moderne

Association ou ordre	Points soulevés
Ontario Osteopathic Association	• créer en Ontario un ordre des ostéopathes leur garantissant la reconnaissance professionnelle et l'inscription basée sur leurs compétences • faire du titre « ostéopathe » un titre réservé
Ordre des pharmaciens de l'Ontario	• autoriser les pharmaciennes et pharmaciens titulaires d'un doctorat à utiliser le titre réservé « docteure » ou « docteur » comme désignation professionnelle
Ontario Pharmacists' Association	• autoriser les pharmaciennes et pharmaciens à prescrire des médicaments dans des circonstances limitées, suivant des protocoles très précis, de même qu'à effectuer certains tests de diagnostic
Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario	• autoriser les physiothérapeutes à communiquer un diagnostic qui tombe dans le champ d'application de leur profession
Ontario Physiotherapy Association	• autoriser les physiothérapeutes à exécuter les actes autorisés que sont l'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt au-delà de la marge de l'anus et la pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme
Ordre des psychologues de l'Ontario	• modifier la *Loi de 1991 sur les psychologues* de sorte que les associées et associés en psychologie soient autorisés à communiquer un diagnostic : • soit sous supervision • soit de façon autonome, sous réserve de l'acquisition préalable des compétences nécessaires • ajouter aux actes autorisés l'hypnose et la psychothérapie • modifier la composition du conseil de l'ordre en y incluant trois membres additionnels, 1 associée ou associé en psychologie, 1 psychologue et une personne représentant le public • préciser, par voie de règlement, que seules les personnes ayant fait des études de troisième cycle et possédant la formation et l'expérience appropriées peuvent exécuter les actes autorisés en psychologie
Association de psychologie de l'Ontario	• autoriser la prescription de médicaments • ajouter aux actes autorisés : • - le recours à des tests psychologiques • - l'hypnose • - la psychothérapie – distincte des consultations • modifier la *Loi de 1991 sur les psychologues* de sorte à différencier le champ d'application de la profession de psychologue et celui de la profession d'associée ou d'associé en psychologie

Association ou ordre	Points soulevés
Canadian Academy of Psychologists in Disability Assessment	• autoriser les associées et associés en psychologie à communiquer un diagnostic • modifier la *Loi de 1991 sur les psychologues* de sorte à différencier le champ d'application de la profession de psychologue et celui de la profession d'associée ou d'associé en psychologie
Ontario Association of Psychological Associates	• remplacer le titre réservé « associée ou associé en psychologie » par un autre plus parlant pour le public • ne rien changer à la *Loi de 1991 sur les psychologues* en ce qui a trait au champ d'application de la profession d'associée ou d'associé en psychologie • veiller, d'une part, à ce que les associées et associés en psychologie soient représentés au conseil de l'ordre par une personne ayant le droit de voter aux réunions de celui-ci et, d'autre part, que les deux catégories de membres aient une représentation adéquate au sein de tous les comités de l'ordre
Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario	• clarifier si les personnes appartenant à une association de thérapeutes respiratoires, mais qui ne sont pas membres de l'ordre peuvent utiliser le titre « thérapeute respiratoire autorisée ou autorisé » • autoriser les infirmières ou infirmiers et les médecins à superviser une étudiante ou un étudiant en thérapie respiratoire
Société de la thérapie respiratoire de l'Ontario*	• ajouter aux actes autorisés le fait d'appliquer ou d'ordonner l'application d'énergie sous forme de gaz médical à haute pression dans le cadre de la ventilation artificielle • remédier au fait que l'existence des deux titres « thérapeute respiratoire autorisée ou autorisé » et « praticienne des soins respiratoires autorisée ou praticien des soins respiratoires autorisé » sème la confusion dans l'esprit du public • le processus d'évaluation des compétences essentielles mis en application par l'ordre est en réalité un examen de renouvellement d'agrément qui n'est pas obligatoire aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***

* Plusieurs professionnelles et professionnels de la santé qui ont présenté leurs propres observations ont également soulevé des points concernant la psychologie et la thérapie respiratoire.

** La Cour divisionnaire de l'Ontario a rejeté cet argument de la Société, confirmant expressément les pouvoirs de l'ordre relatifs à la tenue de cet examen à des fins d'assurance de la qualité.

assurance jugement réglementation programmes assurer
examiner équilibre considérer objectif protéger
principes rehausser responsabilité évoluer respecte droits
équitable coopération confiance traitment exercice
équilibre reconnaître pouvoirs réglementer maintenir
pouvoirs qualité assurer respecte accès exercice
processus répondre consommateurs individu établir obtenir
question obstacles coûts identifier plaintes
déterminer faciliter efficient ressource suffisant décisions
discipline discipline promouvoir améliorations assurance

ANNEXE D

Question d' équilibre

ÉTUDE DE LA LOI SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉES

DEMANDES DE SOUMISSIONS

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

Ontario

Lettre du président du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

Au moment de son entrée en vigueur, le 31 décembre 1993, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* était généralement considérée comme une loi d'avant-garde. Cinq ans plus tard, à la suite d'un renvoi ministériel, nous devons déterminer si elle a atteint ses principaux objectifs et permis d'établir un système de réglementation qui est, et demeurera, efficace, efficient, souple et équitable.

L'étude approfondie de l'efficacité et de l'incidence de la loi est une tâche ambitieuse qui ne peut être menée à bien sans l'aide, les conseils et les idées des personnes qui réglementent, offrent et reçoivent les services de santé en Ontario. Il s'agit notamment des patients, des groupes de défense, des établissements d'enseignement, des professionnels de la santé et de leurs associations, des ordres qui régissent les professions et des membres du grand public.

La présente publication vise à expliquer globalement les dispositions de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* qui portent sur la protection du public contre les préjudices et les lésions, la qualité des soins, la responsabilité, l'efficience, la souplesse et l'équité. Des questions clés concernant l'efficacité et l'incidence de ces dispositions sont données dans chaque section. Des questions supplémentaires, plus détaillées, qui pourraient vous aider à encadrer vos réponses, sont également incluses.

Même si des groupes de discussion, des audiences publiques et d'autres mécanismes seront utilisés pour obtenir des avis et formuler des recommandations à l'intention du ministre de la Santé, je ne peux trop souligner l'importance de vos observations concernant certaines ou la totalité de ces questions.

Les modalités de présentation des observations sont expliquées à l'annexe 4 que je vous presse de lire attentivement avant de présenter vos observations. Veuillez noter que nous devons recevoir toutes les observations au plus tard le 29 octobre 1999 et que nous rejetterons celles qui ne sont pas accompagnées d'une copie signée de la formule d'autorisation qui se trouve à la dernière page du présent document.

Entre-temps, je vous remercie à l'avance de votre concours et j'attends avec plaisir vos observations sur les questions importantes soulevées dans le présent document.

Rob Alder, M.Med.Sc., Ph.D.

Table des matières

Page

Introduction 1

Aperçu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* 3

Section I – Protection contre les préjudices et les lésions 8

Section II – Qualité des soins 17

Section III – Responsabilité 23

Section IV – Efficience 29

Section V – Souplesse 33

Section VI – Équité 38

ANNEXES

Annexe 1 – Cadre de référence de l'étude 45

Annexe 2 – Ordres régissant les professions de la santé 48

Annexe 3 – Actes autorisés 49

Annexe 4 – Modalités de présentation des observations 51

Formule d'autorisation 53

Introduction

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la «loi»), qui est entrée en vigueur le 31 décembre 1993, fournit un cadre commun pour la réglementation des personnes qui exercent l'une des 23 professions réglementées en Ontario. À ce cadre général s'ajoutent des lois distinctes, chacune régissant une profession et précisant entre autres choses son champ d'application.

En vertu de la loi, le ministre de la Santé peut renvoyer toute question concernant la réglementation des professions de la santé au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le «Conseil consultatif») qui l'examine et fait ses recommandations. En vertu de ce pouvoir, le ministre a demandé au Conseil consultatif d'examiner l'efficacité et l'incidence de la loi et des lois régissant les professions.

L'étude permettra de déterminer s'il existe un équilibre approprié entre l'efficacité du système et ses effets, qui sont l'efficience, la souplesse et l'équité. D'ailleurs, la notion d'équilibre se reflète dans le titre du document : *Question d'équilibre*.

Le cadre de référence de l'étude entreprise par le Conseil consultatif se trouve à l'annexe 1.

Portée de l'étude

Comme nous venons de le mentionner, l'étude qu'entreprend le Conseil consultatif établira si la loi a permis de créer un système de réglementation efficace, efficient, souple et équitable.

Pour évaluer l'efficacité de la loi, nous déterminerons la mesure dans laquelle trois de ces principaux objectifs ont été atteints, à savoir protéger le public contre les préjudices et les lésions, fournir des soins de qualité et responsabiliser les professionnels de la santé.

L'étude évaluera également l'efficience du système en établissant si le temps et les ressources requis pour réaliser les objets de la loi et mettre en oeuvre ses principes sont raisonnables. Nous déterminerons également si le fardeau administratif de la réglementation pourrait être allégé sans pour autant atténuer l'efficacité, la souplesse et l'équité du système.

À mesure que le système de soins de santé évolue, il est essentiel que la loi demeure assez souple pour faire face aux changements que connaissent les rôles des professionnels de la santé et l'utilisation de leurs services. Nous évaluerons la souplesse du système de réglementation en déterminant s'il peut s'adapter rapidement aux nouvelles réalités.

L'étude déterminera si le système de réglementation favorise l'équité en évaluant la mesure dans laquelle il atteint les objectifs suivants :

- respect des droits et intérêts des patients et des professionnels de la santé;
- traitement équitable des patients et des professionnels de la santé;
- égalité entre les professions de la santé;
- accès des patients aux professionnels de la santé de leur choix.

Vos opinions et commentaires

Les sections I à VI de la présente publication contiennent une série de questions clés et de questions supplémentaires concernant les notions à l'étude. Les réponses écrites à ces questions représenteront une partie importante de l'apport demandé par le Conseil consultatif aux fins de l'étude. Des audiences publiques, des groupes de discussion et des sondages d'opinion auront également lieu.

Parallèlement à cette étude, le Conseil consultatif procédera aux évaluations législatives de l'efficacité des programmes de relations avec les patients, des programmes d'assurance de la qualité et des procédures relatives aux plaintes et à la discipline touchant l'inconduite sexuelle de chaque ordre. Les résultats de ces évaluations fourniront des renseignements supplémentaires aux fins de l'étude.

Une fois l'étude terminée, le Conseil consultatif présentera au ministre de la Santé ses recommandations sur les améliorations à apporter au système de réglementation et les modifications éventuelles à la loi.

Au sujet de la présente publication

Veuillez noter que le présent document contient un aperçu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et des lois connexes et ne se veut pas un exposé juridique définitif de la législation. Les lecteurs sont priés de consulter les textes législatifs pertinents pour en connaître la terminologie et le libellé exacts.

APERÇU DE LA LOI DE 1991 SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉES

En Ontario, plus de 220 000 personnes exercent une profession de la santé régie par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*[1].

La loi, qui est entrée en vigueur le 31 décembre 1993, s'applique à 23 professions de la santé et aux 21 ordres qui les régissent [2]. Ces ordres ne sont pas des institutions d'enseignement. Ils ont pour mission d'établir les normes régissant une ou plusieurs professions de la santé et d'assurer le respect de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et des lois connexes. Pour se donner le titre de professionnel de la santé réglementé, une personne doit être membre de l'ordre qui régit sa profession.

La loi prévoit un cadre commun pour la réglementation des professions de la santé et comporte plusieurs objectifs :

- protéger le public contre les préjudices et les lésions;
- favoriser des soins de qualité;
- rendre les professionnels de la santé responsables envers le public;
- donner aux patients accès aux professionnels de la santé de leur choix;
- favoriser l'égalité en veillant à ce que toutes les professions de la santé adoptent les mêmes objets et principes d'intérêt public;
- traiter les patients et les professionnels de la santé de manière équitable.

Le régime de réglementation des professions de la santé comprend, outre la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, le *Code des professions de la santé* (annexe 2 de la loi), les lois régissant chacune des professions, les règlements d'application de la loi et des lois régissant chaque profession, ainsi que la *Loi sur les commissions d'appel et de révision du ministère de la Santé*. Chacune des lois qui régit les professions énonce la nature de chaque profession. La *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* est un exemple de ce genre de loi.

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* attribue des fonctions et des responsabilités :

- au ministre de la Santé;
- aux ordres qui régissent les professions de la santé;
- à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé[3];
- au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé.

1 La Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées ne s'applique pas à toutes les professions de la santé. Certaines professions, comme celles de naturopathe, sont régies par une autre loi. D'autres, comme la médecine chinoise traditionnelle, ne sont toujours pas réglementées. Des organismes volontaires établissent des normes à l'intention de leurs membres, mais leur capacité d'appliquer ces normes est limitée.

2 On trouvera à l'annexe 2 une liste des ordres et des professions de la santé qu'ils régissent. On remarquera que l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario et l'Ordre des podologues de l'Ontario régissent chacun deux professions différentes mais connexes.

3 Voir Loi de 1998 sur les commissions d'appel et de révision du ministère de la Santé.

Ministre de la Santé

Le ministre de la Santé doit assurer l'établissement et le respect des normes visant les professions que les ordres régissent. La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* confère au ministre des pouvoirs spécifiques. Par exemple, le ministre peut exiger d'un ordre :

- qu'il fasse enquête sur l'exercice d'une profession de la santé dans une localité ou un établissement;
- qu'il fournisse des rapports et des renseignements sur ses activités;
- qu'il prenne, modifie ou abroge un règlement pris en application d'une loi qui régit une profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*[4];
- qu'il fasse tout ce qui est nécessaire ou souhaitable, à son avis, pour réaliser l'intention de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, des lois régissant chaque profession de la santé ou de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*.

Le ministre peut également demander au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé d'examiner des questions concernant la réglementation des professions de la santé et de faire des recommandations.

Ordres régissant les professions de la santé

Chacun des 21 ordres régissant les professions de la santé compte un conseil qui agit à titre de conseil d'administration. Les conseils des ordres doivent s'acquitter d'un certain nombre de responsabilités, notamment les suivantes :

- servir et protéger les intérêts du public;
- réglementer l'exercice d'une ou de plusieurs professions;
- établir des normes d'admissibilité;

4 Les règlements contiennent des règles détaillées ou des directives permettant d'appliquer la loi.

- s'assurer que les membres de l'ordre respectent les lois, règlements, codes et règlements administratifs qui s'appliquent à leur profession;
- établir des normes d'exercice pour assurer la qualité des soins et des services;
- assurer le maintien de la compétence des membres;
- élaborer des codes de déontologie applicables aux professions que les ordres régissent.

Les conseils des ordres doivent également mettre sur pied les comités suivants et en nommer les membres :

- Le bureau
- Le comité d'inscription
- Le comité des plaintes
- Le comité de discipline
- Le comité d'aptitude professionnelle
- Le comité d'assurance de la qualité
- Le comité des relations avec les patients

Les conseils des ordres doivent remettre des rapports directement au ministre de la Santé. Pour favoriser encore davantage la responsabilisation, les conseils des ordres et leurs comités doivent être composés de professionnels de la santé et de membres du public[5].

Commission d'appel et de révision des professions de la santé

Cette commission, qui s'appelait auparavant la Commission des professions de la santé, est un tribunal administratif dont la principale responsabilité est de revoir certaines décisions rendues par les comités d'inscription ou des plaintes d'un ordre lorsqu'un appel est interjeté.

À cette fin, la Commission examine :

- la décision du comité des plaintes;
- le dossier d'enquête du comité des plaintes relatif à la plainte en question;
- les observations faites de vive voix ou par écrit par la plaignante ou le plaignant et le membre de l'ordre visé par la plainte.

L'une ou l'autre des parties peut demander un réexamen et peut se faire représenter par une avocate ou un avocat à l'instance.

La Commission détermine si l'enquête a été adéquate ou si la décision rendue par le comité des plaintes est raisonnable.

Après le réexamen, la Commission peut confirmer une partie ou la totalité de la décision du comité des plaintes, recommander un réexamen par le comité ou exiger du comité qu'il prenne d'autres mesures qu'il a le pouvoir de prendre. La Commission n'a pas le pouvoir d'accorder de l'argent ou des dommages-intérêts à une personne.

Si le comité des plaintes d'un ordre ne règle pas une plainte dans les 120 jours suivant son dépôt, la plaignante ou le plaignant peut déposer un appel devant la Commission qui peut ordonner au comité des plaintes de rendre une décision. Si dans les 60 jours qui suivent, la plainte n'est toujours pas réglée, la Commission peut mener une enquête au sujet de la plainte et a les pouvoirs du comité des plaintes et de la registrateure ou du

5 Le nombre de membres représentant les professionnels de la santé et les membres du public de chaque conseil est déterminé dans la loi qui régit la profession en question, mais les membres des ordres constituent toujours la majorité des membres des conseils et les membres du public représentent habituellement un peu moins de la moitié du nombre total de membres. Les membres du public sont nommés par le gouvernement.

registrateur à cette fin. Elle peut même nommer son propre enquêteur. En outre, la Commission a tous les autres pouvoirs du comité des plaintes ou d'un de ses sous-comités, notamment celui de rendre des ordonnances et de faire des renvois.

La Commission mène également des enquêtes ou tient des audiences lorsqu'une personne qui veut devenir membre d'un ordre croit que le comité d'inscription a injustement :

- refusé de lui délivrer un certificat d'inscription,
- demandé qu'elle passe des examens ou suive une formation supplémentaire avant de recevoir son certificat d'inscription,
- imposé des conditions ou des restrictions à son certificat d'inscription.

Dans ces cas, les auteurs de demande peuvent choisir l'une de deux possibilités : ils peuvent demander à la Commission de revoir la décision du comité d'inscription ou de tenir une audience en bonne et due forme. Dans le cas d'un réexamen, l'auteur de la demande et l'ordre présentent des observations écrites à la Commission, pour examen, mais ils ne comparaissent pas devant elle. Par ailleurs, une audience permet aux deux parties d'assister aux séances, de témoigner sous serment et de contre-interroger l'autre partie.

Les réexamens et les audiences touchant l'inscription font souvent intervenir des auteurs de demande qui ont reçu leur formation et leur permis d'exercer leur profession ailleurs qu'en Ontario. Les questions d'équivalences, de formation, de connaissances et de compétences sont fréquemment soulevées pendant ces procédures.

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le «Conseil consultatif») est un organisme du ministère de la Santé, sans lien de dépendance avec ce dernier, qui rend compte directement au ministre de la Santé par l'entremise de son président. Ses membres sont nommés par le gouvernement sur recommandation du ministre de la Santé. Les fonctionnaires, les employés de la Couronne et les membres actuels ou sortants d'un ordre ou du conseil d'un ordre ne peuvent siéger au Conseil consultatif.

Le Conseil consultatif est chargé de donner au ministre des conseils concernant :

- la nécessité de réglementer des professions de la santé non réglementées ou de cesser de réglementer des professions déjà réglementées;
- l'opportunité d'apporter des modifications à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ou à des lois connexes;
- la nécessité de prendre des règlements en application de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ou des lois connexes;
- l'efficacité des programmes institués par les ordres pour traiter les plaintes et les questions disciplinaires dans les cas d'inconduite sexuelle et des programmes d'assurance de la qualité et de relations avec les patients;
- toute autre question concernant la réglementation des professions de la santé que le ministre peut renvoyer au Conseil consultatif.

SECTION I — PROTECTION CONTRE LES PRÉJUDICES ET LES LÉSIONS

Contexte

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* vise surtout à protéger le public contre les préjudices et les lésions en limitant les actes que les professionnels de la santé sont autorisés à accomplir et en permettant aux ordres qui régissent les professions d'imposer des sanctions disciplinaires aux membres qui ne respectent pas ces limites ou qui se comportent de manière inappropriée.

Pourquoi le gouvernement doit-il réglementer les professionnels de la santé? À juste titre, la plupart des gens font confiance aux professionnels qui leur fournissent des soins, et les respectent.

Cependant, le gouvernement réglemente aussi les conducteurs. Pour obtenir un permis de conduire, il faut en effet prouver que l'on comprend les règlements de la circulation et passer un test de conduite. Pourtant, chacun sait que les titulaires de permis de conduire ne sont pas tous de bons conducteurs. Il arrive même aux meilleurs conducteurs de faire des erreurs ou de prendre des risques. Une conduite imprudente met en danger la vie des autres.

Les professionnels de la santé ne sont non plus à l'abri des erreurs, dont certaines peuvent avoir de graves conséquences. Des problèmes physiques ou émotionnels peuvent entraver leur jugement ou leur capacité de bien traiter leurs patients. Même un acte aussi simple qu'une injection peut être dangereux s'il n'est pas correctement accompli.

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ne donne pas de définition exhaustive de préjudice ou de lésion; cependant, elle prévoit des mécanismes permettant de composer avec des situations où l'ignorance, les erreurs, la négligence ou l'incompétence peuvent causer des préjudices ou des lésions.

Voici des exemples qui illustrent notre propos : Une chirurgienne fait une erreur grave pendant une opération. Un massothérapeute fait une remarque de nature sexuelle à une cliente. Une hygiéniste dentaire exécute une procédure risquée qu'elle n'est pas autorisée à pratiquer en vertu de la loi qui régit sa profession. Une pharmacienne occupée donne un médicament à un client sans l'avertir de ne pas en prendre avec d'autres médicaments. Le registrateur d'un ordre ne tient pas compte de certaines lacunes dans l'expérience ou les qualifications d'une personne et lui donne un certificat d'inscription inconditionnel.

Il est essentiel de faire tout en son pouvoir pour éviter les situations de ce genre. C'est pourquoi la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* contient différentes dispositions visant à protéger le public contre les préjudices et les lésions. Certaines des plus importantes sont analysées dans la présente section.

Contenu

- Inscription
- Actes autorisés
- Champ d'application
- Titres réservés
- Programmes de relations avec les patients
- Déclaration obligatoire des cas des mauvais traitements d'ordre sexuel
- Procédures relatives aux plaintes et à la discipline
- Incapacité
- Critères de réglementation d'une profession de la santé
- Questions clés concernant la protection du public contre les préjudices et les lésions
- Questions supplémentaires

Inscription

En Ontario, pour porter un titre réservé aux personnes qui exercent des professions de la santé réglementées, il faut d'abord devenir membre de l'ordre qui régit la profession concernée. Si la registrateure ou le registrateur croit que l'auteur de la demande ne satisfait pas aux normes, le comité d'inscription doit revoir ses qualifications. Les auteurs de demande peuvent présenter des observations écrites au comité ou se présenter devant lui en personne.

Le comité peut ordonner à la registrateure ou au registrateur de prendre l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- délivrer ou refuser de délivrer un certificat d'inscription;
- délivrer un certificat à la condition que l'auteur de la demande passe certains examens ou suive une formation supplémentaire;
- impose certaines restrictions au certificat d'inscription.

Ce processus a surtout pour objet d'empêcher les personnes qui ne sont pas pleinement qualifiées d'accomplir des actes qui pourraient causer des préjudices ou des lésions à leurs patients. Il permet également aux ordres de déterminer si l'auteur de la demande a les connaissances, les compétences et la formation nécessaires.

Actes autorisés

Il est essentiel de réglementer les activités du secteur de la santé qui pourraient causer de graves préjudices ou lésions aux patients. Pour cette raison, la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées énumère 13 interventions qui, à moins d'être exécutées correctement et par une personne compétente, comportent un risque élevé. Ces «actes autorisés» comprennent la communication d'un diagnostic, l'administration de substances par voie d'injection, la prescription d'appareils de correction auditive et la pratique d'accouchements. L'utilisation de l'électricité ou de certaines formes d'énergie pour traiter les patients ou établir un diagnostic constitue également un acte autorisé.[6]

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* dispose que personne ne peut accomplir d'actes autorisés à moins que la loi qui s'applique à sa propre profession ne lui permette de le faire. Cependant, il existe un certain nombre d'exceptions à cette règle. Ainsi, une personne qui suit une formation en vue d'exercer une profession de la santé réglementée peut accomplir des actes autorisés, mais uniquement sous la supervision directe d'une professionnelle ou d'un professionnel qualifié. En outre, la loi permet à un membre de déléguer un acte autorisé conformément aux règlements d'application de la loi régissant sa profession.

Champ d'application

Les personnes qui exercent une profession de la santé réglementée ne doivent poser aucun geste qui dépasse le champ d'application de leur profession. Le champ d'application désigne les activités et les actes autorisés que les personnes qui exercent la profession en question peuvent accomplir. Il est évident qu'une ou un optométriste ne peut prescrire d'appareils de correction auditive, mais il peut y avoir des différences dans les actes autorisés au sein d'une même profession. Par exemple, certaines catégories d'infirmières sont autorisées à prescrire un médicament tandis que d'autres ne le sont pas. Ces différences doivent être clairement décrites dans les lois et règlements qui régissent chaque profession.

6 Une liste complète des actes autorisés se trouve à l'annexe 3.

Titres réservés

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* interdit à quiconque de prétendre faussement être membre d'une profession de la santé réglementée. En fait, il s'agit de permettre au public d'identifier les professionnels qui sont qualifiés et responsables envers l'ordre qui représente leur profession. Ainsi, les personnes qui offrent des services de massage ne peuvent se donner le titre de «massothérapeute» à moins d'être inscrites à l'Ordre des massothérapeutes de l'Ontario.

L'utilisation du terme «docteur», sous toutes ses formes et dans toutes les langues, est réservée en Ontario aux médecins, aux psychologues, aux dentistes, aux optométristes et aux chiropraticiens.

Programmes de relations avec les patients

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* dispose que tous les ordres doivent établir un programme de relations avec les patients qui comprend des mesures visant à prévenir ou à traiter les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients. Aux termes de la loi, ces programmes ont pour objet d'«améliorer les relations entre les membres et les patients» en éduquant les membres et en informant le public de ce qui constitue ou non une conduite professionnelle appropriée.

Déclaration obligatoire des mauvais traitements d'ordre sexuel

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* définit comme suit les mauvais traitements d'ordre sexuel :

- les rapports sexuels ou autres formes de rapports physiques d'ordre sexuel entre le membre et une patiente ou un patient;
- les attouchements d'ordre sexuel de la patiente ou du patient par le membre;
- les comportements ou les remarques d'ordre sexuel du membre à l'endroit de la patiente ou du patient.

Les personnes qui exercent une profession de la santé réglementée et celles qui exploitent des établissements où s'exercent cette profession sont légalement tenues de signaler les membres qui, à leur avis, ont infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à une patiente ou un patient. Les registrateurs des ordres doivent recevoir ces rapports dans les 30 jours suivant l'infraction alléguée, voire plus tôt lorsqu'il y a des raisons de croire que le membre continuera d'infliger des mauvais traitements de ce genre à ses patients. Les ordres peuvent imposer des amendes pouvant atteindre 25 000 $ aux membres qui ne signalent pas les cas de mauvais traitements.

Procédures relatives aux plaintes et à la discipline

Aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, un sous-comité nommé par le comité des plaintes de l'ordre doit mener une enquête lorsqu'une personne dépose une plainte relative à la conduite ou aux actes d'un membre.

Comme la carrière et la réputation de personnes sont en jeu, de même que la sécurité des patients, les sous-comités doivent être aussi équitables que possible. Au moins un membre du comité des plaintes et de ses sous-comités doit provenir du public.

Si, après avoir mené une enquête, un sous-comité du comité des plaintes croit qu'un membre de l'ordre est incompétent ou coupable de faute professionnelle, il peut prendre l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- renvoyer toute allégation précisée de faute professionnelle ou d'incompétence du membre au comité de discipline de l'ordre;
- adresser le membre au bureau de l'ordre aux fins de procédures pour incapacité;
- adresser le membre au comité d'assurance de la qualité si la faute porte sur un comportement ou des remarques d'ordre sexuel;
- exiger du membre qu'il se présente devant le sous-comité ou un autre sous-comité du comité des plaintes pour recevoir un avertissement;
- prendre toute mesure qu'il estime opportune et qui n'est pas incompatible avec la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, la loi qui régit la profession de la santé qu'exerce le membre, les règlements ou les règlements administratifs connexes.

Les sanctions imposées aux membres qu'un comité de discipline reconnaît coupables vont de la réprimande dans les cas moins graves au retrait permanent du certificat d'inscription et du droit d'exercer la profession. Les ordres peuvent également imposer une amende pouvant atteindre 35 000 $ en cas de faute professionnelle.

Certains ordres ont maintenant recours au processus de règlement à l'amiable pour traiter les plaintes. On estime que, dans certaines situations, un processus moins fastidieux peut donner lieu à un règlement qui satisfait toutes les parties. Fait à remarquer, le processus de règlement à l'amiable n'est pas du domaine public. La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ne fait pas mention des mécanismes de rechange pour le règlement des plaintes car ils sont relativement nouveaux[7].

Incapacité

Lorsque le bureau d'un ordre reçoit un rapport de la registrateure ou du registrateur selon lequel un membre peut être frappé d'incapacité ou un renvoi d'un sous-comité du comité des plaintes, il peut nommer une commission d'enquête chargée de déterminer si le membre est effectivement frappé d'incapacité.

Si, après enquête, la commission d'enquête a des motifs raisonnables et probables de croire que le membre visé est frappé d'incapacité, elle peut exiger que le membre subisse des examens physiques ou mentaux pratiqués par un professionnel de la santé. Elle peut également rendre une ordonnance enjoignant à la registrateure ou au registrateur de suspendre le certificat d'inscription du membre jusqu'à ce qu'il ait subi ces examens.

Après avoir reçu le rapport de la commission d'enquête, le bureau peut renvoyer la question au comité d'aptitude professionnelle. Il peut également, sous réserve de certaines dispositions de la loi, rendre une ordonnance enjoignant à la registrateure ou au registrateur de suspendre le certificat d'inscription du membre ou de l'assortir de conditions ou de restrictions s'il est d'avis que le membre est susceptible d'exposer ses patients à des préjudices ou à des lésions.

7 Le règlement à l'amiable est autorisé par l'article 4 et le paragraphe 4 (1) de la Loi sur l'exercice des compétences légales, qui s'appliquent aux instances d'un ordre.

Si un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle conclut qu'un membre est frappé d'incapacité, il peut, par ordonnance :

- enjoindre à la registrateure ou au registrateur de révoquer le certificat d'inscription du membre;
- enjoindre à la registrateure ou au registrateur de suspendre le certificat d'inscription du membre;
- enjoindre à la registrateure ou au registrateur d'assortir de conditions et de restrictions le certificat d'inscription du membre.

Critères de réglementation d'une profession de la santé

Le gouvernement peut exiger qu'une profession de la santé soit réglementée si le ministre de la Santé juge cette mesure nécessaire dans l'intérêt public. En outre, une profession peut demander d'être réglementée en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Plusieurs raisons peuvent motiver une telle demande.[5] Par exemple, une profession peut croire que la réglementation assurera le respect de ses normes d'exercice. Que la réglementation soit demandée par le gouvernement ou une profession, le ministre peut demander conseil au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé.

En pratique, le processus d'examen du Conseil consultatif permet à toutes les parties intéressées de faire des observations. Le Conseil consultatif peut également consulter des experts qui ont une connaissance particulière de la demande et de la profession qui demande la réglementation.

Plusieurs critères orientent la réflexion du Conseil consultatif, notamment le risque de préjudices ou de lésions relié à l'exercice de la profession. Une liste complète des critères figure à la section V intitulée Souplesse (page 32).

Après son examen, le Conseil consultatif donne ses conseils au ministre. La décision de réglementer une nouvelle profession est prise par le Conseil des ministres, qui dépose à cette fin une nouvelle loi.

Questions clés concernant la protection du public contre les préjudices et les lésions

Il est primordial de protéger le public contre les préjudices et les lésions. Les patients et les membres du grand public ne sont pas suffisamment protégés à moins que la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ne contienne des dispositions pour obtenir ce résultat et que des ordres de réglementation ne soient effectivement mis en place. Compte tenu de votre compréhension de ces dispositions et de votre propre expérience, veuillez répondre aux questions suivantes.

1.1

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la «loi») contient-elle des dispositions assez rigoureuses et spécifiques pour doter les ordres régissant les professions de la santé des outils dont ils ont besoin pour faire en sorte que les patients et les membres du grand public soient suffisamment protégés contre les préjudices et les lésions? Dans la négative, quelles dispositions devrait-on ajouter à la loi?

5 La réglementation d'une profession de la santé ne garantit pas que ses services seront assurés par le régime provincial ou un régime privé d'assurance-santé. Un processus différent est utilisé pour déterminer quels services seront assurés par un régime provincial comme l'assurance-santé.

1.2

Quelles dispositions de la loi donnent aux ordres les pouvoirs de protéger les patients et le grand public contre les préjudices et les lésions? Quelles dispositions, le cas échéant, empêchent les ordres de le faire? Quelles améliorations sont requises?

1.3

En pratique, les ordres peuvent-ils mettre en oeuvre les dispositions de la loi visant la protection des patients et du grand public? Dans la négative, quelles difficultés ont-ils rencontrées?

1.4

Les ordres ont-ils réussi à mettre en oeuvre les dispositions de la loi visant la protection des patients et du grand public contre les préjudices et les lésions? Dans l'affirmative, quels genres d'initiatives ou de modèles de pratique ont été à votre avis particulièrement efficaces? Dans la négative, quelles améliorations devraient être apportées à la mise en oeuvre de ces dispositions?

1.5

Le fait qu'un nombre insuffisant de plaintes sont renvoyées aux comités de discipline des ordres a été soulevé. Des plaintes sont-elles renvoyées aux comités de discipline? Dans la négative, pour quelles raisons? Y a-t-il des répercussions sur la protection du public contre les préjudices et les lésions?

1.6

Le processus de règlement à l'amiable a-t-il un effet dissuasif et contribue-t-il à protéger le public contre les préjudices et les lésions? Dans l'affirmative, dans quelles circonstances? Le règlement à l'amiable devrait-il être du domaine public? La loi devrait-elle contenir des dispositions régissant le règlement à l'amiable?

Questions supplémentaires

Vous n'avez pas à répondre à toutes les questions qui suivent. Elles vous sont présentées uniquement pour faciliter votre réflexion et vous aider à répondre aux questions clés ci-dessus.

1.a.

Le fait que, dans la loi, la notion de préjudice ou de lésion prenne un sens différent selon le contexte a-t-il compliqué la mise en oeuvre de la loi?

1.b

La liste actuelle des actes autorisés couvre-t-elle tout l'éventail d'interventions qui peuvent comporter des risques importants de préjudices ou de lésions? Certaines interventions devraient-elles être ajoutées ou supprimées?

1.c.

Les dispositions relatives au titre réservé sont-elles suffisantes pour éviter la confusion au sein du public? Par exemple, établissent-elles une différence suffisante entre les praticiens dont la profession est réglementée et les autres?

1.d.

Y a-t-il suffisamment de dispositions pour soutenir l'application du régime relatif au champ d'application, y compris celles touchant les actes autorisés et le titre réservé?

1.e.
Les dispositions actuelles régissant la délégation dans les lois sur les professions de la santé sont-elles suffisantes pour protéger le public contre les préjudices et les lésions? L'absence d'une définition ou de limites concernant la délégation dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* menace-t-elle le public?

1.f.
La loi devrait-elle définir clairement ce qui constitue une plainte? Dans l'affirmative, comment le mot «plainte» devrait-il être défini?

1.g.
La loi devrait-elle contenir des définitions spécifiques et complètes de ce qui constitue un mauvais traitement physique et verbal infligé aux patients?

1.h.
Les dispositions qui exigent des professionnels de la santé qu'ils signalent les inconduites sexuelles commises par leurs collègues sont-elles suffisantes pour protéger le public contre les préjudices? Dans la négative, comment pourrait-on augmenter la déclaration de tels cas?

1.i.
L'incompétence professionnelle ou l'incapacité est-elle signalée par des collègues ou les employeurs à la registrateure ou au registrateur d'un ordre? Dans la négative, comment pourrait-on augmenter la déclaration de tels cas?

1.j.
Les dispositions exigeant d'un employeur qu'il signale la cessation d'emploi d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé à cause d'incapacité ou d'incompétence sont-elles suffisantes pour protéger le public contre les préjudices et les lésions?

1.k.
Les dispositions régissant les procédures relatives aux plaintes et à la discipline pour des fautes professionnelles autres que les fautes d'ordre sexuel sont-elles suffisantes pour protéger le public contre les préjudices et les lésions?

1.l.
Les rapports obligatoires et les plaintes sont-il traités différemment? Dans l'affirmative, quelles sont les répercussions sur la protection du public contre les préjudices et les lésions?

1.m.
La loi devrait-elle être plus précise concernant le genre de plainte dont devraient s'occuper les comités de discipline?

1.n.
La loi contient-elle des dispositions suffisantes concernant l'information et l'éducation du public? Dans la négative, quelles dispositions supplémentaires sont requises?

1.o.
La loi devrait-elle prévoir d'autres objets pour le programme de relations avec les patients outre la protection contre les mauvais traitements d'ordre sexuel? Les dispositions actuelles du programme de relations avec les patients sont-elles suffisantes? Sont-elles mises en oeuvre adéquatement?

1.p.
La loi devrait-elle contenir des dispositions spécifiques visant la mise en application du paragraphe 30 (1) qui régit le risque de lésion?

1.q.
Les professions de la santé qui ne comportent pas d'actes autorisés devraient-elles être réglementées? Dans l'affirmative, devraient-elles être réglementées en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ou d'une autre forme de réglementation?

1.r.
Les critères utilisés pour la réglementation d'une nouvelle profession de la santé en vertu de la loi sont-ils suffisants pour protéger le public contre les préjudices et les lésions? Sont-ils excessifs ou appropriés?

Le paragraphe 30 (1) est libellé comme suit : «Aucune personne, autre qu'un membre qui donne un traitement ou des conseils entrant dans l'exercice de sa profession, ne doit donner de traitement ou de conseils à une personne en ce qui concerne sa santé dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir que des lésions corporelles graves puissent découler du traitement ou des conseils ou d'une omission dans le traitement ou les conseils.»

SECTION II — QUALITÉ DES SOINS

Contexte

Il est difficile de mesurer ou de définir les soins de qualité en raison de la part de subjectivité inhérente à ce concept. En d'autres termes, la notion de «soins de qualité» peut signifier quelque chose de différent d'une personne à une autre et selon le moment et les circonstances. C'est peut-être pour cette raison que le législateur n'a pas tenté de la définir dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* qui accorde plutôt aux ordres le pouvoir :

- d'évaluer les compétences, les connaissances et le jugement des membres éventuels;
- d'établir et de maintenir des normes d'exercice;
- d'établir des programmes d'assurance de la qualité;
- de promouvoir le maintien de la compétence de leurs membres;
- au besoin, d'évaluer la compétence d'un membre ou sa capacité d'exercer la profession.

Pour les personnes qui exercent une profession de la santé réglementée, la qualité des soins suppose différentes choses telles que les suivantes :

- se tenir au courant des derniers développements dans leur domaine;
- s'assurer de bien évaluer ou diagnostiquer l'état de leurs patients;
- utiliser les meilleurs outils et méthodes de traitement disponibles;
- prescrire ou recommander les bons médicaments ou les substances appropriées et prendre le temps d'informer les patients des effets secondaires possibles;
- exercer son jugement lorsqu'elles traitent un cas difficile;
- traiter leurs patients avec dignité, sensibilité et respect.

Il est peut-être difficile de définir ce que sont des soins de qualité, mais les Ontariennes et les Ontariens y ont droit. La présente section traite des dispositions de la loi qui permettent d'obtenir ce résultat.

Contenu

- Objets des ordres
- Dispositions régissant l'admissibilité
- Programmes d'assurance de la qualité
- Comités d'assurance de la qualité
- Évaluation des programmes d'assurance de la qualité
- Normes d'exercice et lignes directrices cliniques
- Évaluations de la compétence
- Questions clés concernant les dispositions régissant la qualité des soins
- Questions supplémentaires

Objets des ordres

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* énumère les objets des ordres qui régissent les professions de la santé. En voici quelques-uns :

- réglementer l'exercice de la profession et régir l'activité des membres conformément à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, ainsi qu'aux règlements et règlements administratifs connexes;
- élaborer et maintenir des normes d'admissibilité applicables à leurs membres;
- élaborer et maintenir des programmes et des normes d'exercice pour assurer la qualité des soins;
- élaborer et maintenir des normes de connaissance et de compétence, ainsi que des programmes, pour promouvoir le maintien de la compétence parmi leurs membres;
- élaborer et maintenir des normes de déontologie applicables à leurs membres;
- offrir des programmes visant à aider les particuliers à exercer les droits que leur confère la loi.

Dans leur ensemble, ces objets visent à maintenir et à améliorer l'exercice des professions de la santé et à obtenir de meilleurs résultats pour les patients. Ce processus débute par une évaluation minutieuse des personnes qui souhaitent exercer une profession de la santé réglementée.

Dispositions régissant l'admissibilité

Dans la section I, nous avons décrit la procédure utilisée pour déterminer si les personnes qui demandent à devenir membre d'un ordre sont tout à fait qualifiées pour exercer la profession qu'elles ont choisie. Ce processus de sélection remplit une fonction importante qui consiste à établir si les auteurs de demande ont les compétences, les connaissances et le jugement nécessaires pour prodiguer à leurs patients des soins de qualité. Les ordres peuvent :

- refuser l'inscription à l'auteur d'une demande qui ne satisfait pas aux exigences de l'ordre;
- exiger des personnes qui ne répondent pas aux normes de l'ordre de suivre une formation supplémentaire ou de réussir certains examens avant d'obtenir leur certificat d'inscription;
- imposer des conditions ou des restrictions spécifiques au certificat d'inscription d'un membre et surveiller ses progrès de façon régulière.

Programmes d'assurance de la qualité

Des programmes de gestion qui reposent sur le travail d'équipe comme les programmes d'amélioration constante de la qualité ou de gestion de la qualité totale existent dans le secteur manufacturier depuis de nombreuses années, mais sont nouveaux dans le secteur des soins de santé. Les programmes d'assurance de la qualité que les ordres doivent établir en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* témoignent du rôle de pionnier qu'a joué l'Ontario dans ce domaine.

Pour faciliter l'élaboration des programmes d'assurance de la qualité, le ministère de la Santé a établi des lignes directrices qui recommandent les éléments qui doivent composer ces programmes, à savoir :

- maintenir et améliorer la compétence des membres;
- améliorer l'exercice de la profession en mettant l'accent sur de meilleurs résultats pour les patients;
- déterminer des moyens de composer avec les membres incompétents.

Ces lignes directrices donnent aux ordres la souplesse dont ils ont besoin pour élaborer des programmes d'assurance de la qualité qui répondent le mieux aux besoins des professions qu'ils régissent, mais tous ces programmes ont plusieurs points en commun. Ainsi, les ordres ont l'obligation de promouvoir et d'améliorer la compétence de leurs membres par l'entremise de programmes d'éducation permanente. Les maisons d'enseignement offrent généralement ces programmes, mais les membres peuvent également être tenus de réussir des examens que les ordres administrent de temps à autre.

Parfaire ses connaissances et ses compétences est important pour toute personne, quel que soit le métier ou la profession qu'elle exerce, mais essentiel pour les membres d'une profession réglementée.

Comités d'assurance de la qualité

Aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, chaque ordre doit nommer un comité d'assurance de la qualité qui a pour but de mener des inspections professionnelles touchant la qualité des soins dispensés par les membres.

Les comités d'assurance de la qualité ont le pouvoir de mener des enquêtes sur la conduite des membres ou leur respect des normes d'exercice. Il ne s'agit pas de punir les professionnels de la santé mais, dans la mesure du possible, d'appliquer des mesures qui contribueront à améliorer la qualité des soins prodigués par les membres et l'ensemble de la profession. Cependant, un comité d'assurance de la qualité peut, au besoin, renvoyer un cas au bureau qui peut, à son tour, le renvoyer au comité d'aptitude professionnelle ou au comité de discipline. En définitive, la registrateure ou le registrateur peut ordonner que soient imposées des conditions ou des restrictions au certificat d'inscription d'un membre :

- dont les connaissances, les compétences et le jugement ont été jugés insatisfaisants, après une évaluation ou une réévaluation;
- qui n'a pas participé ou a échoué à un programme d'éducation permanente ou un cours de rattrapage exigé par le comité.

Il est important de noter que l'Ordre peut éliminer les conditions ou restrictions lorsqu'il est convaincu qu'elles ne sont plus nécessaires.

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* autorise les comités d'assurance de la qualité à nommer des «évaluateurs» qui ont le droit de pénétrer dans les locaux où le membre exerce sa profession et d'inspecter les comptes, les rapports et les dossiers touchant les soins dispensés et la qualité de ces soins.

Les membres dont les locaux et les dossiers ont été inspectés peuvent être tenus de comparaître devant le comité d'assurance de la qualité et de prendre part à un processus visant à évaluer leur compétence et leur jugement.

Les comités d'assurance de la qualité ont également la responsabilité de s'occuper des plaintes d'inconduite sexuelle qui leur sont renvoyées par un sous-comité du comité des plaintes. Ils peuvent alors obliger le membre à participer à un programme ou à suivre un cours d'éducation permanente. Les cours ou le counseling sont appropriés lorsque les mauvais traitements d'ordre sexuel font intervenir des remarques ou des comportements inappropriés. Dans ces cas, les membres doivent mieux comprendre ce qui constitue un comportement approprié et ce qui ne l'est pas.

Évaluation des programmes d'assurance de la qualité

La loi prévoit un processus indépendant et impartial permettant de juger de l'efficacité des programmes d'assurance de la qualité.

Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé a l'obligation d'examiner l'efficacité des programmes d'assurance de la qualité de chaque ordre et de faire part de ses conclusions au ministre. Cet examen est en cours.

Normes d'exercice et lignes directrices cliniques

Les normes d'exercice précisent ce que les membres doivent faire et dans quelles circonstances. Les ordres peuvent également établir des lignes directrices cliniques visant les professions de la santé qu'ils régissent. Ces lignes directrices décrivent les politiques et les procédures acceptées pour traiter de situations précises. Elles visent à aider les membres à prendre des décisions judicieuses et à choisir le plan d'action approprié.

Évaluations de la compétence

La vaste majorité des professionnels de la santé sont résolus à offrir à leurs patients les meilleurs soins possibles et ils ont les connaissances et les compétences nécessaires pour le faire. Cependant, comme dans n'importe quel autre champ d'activité, il y a des exceptions. Il est possible que certaines personnes n'aient tout simplement pas réussi à suivre les développements survenus dans leur domaine, tandis que chez d'autres, les compétences peuvent avoir diminué avec le temps. Cependant, en définitive, il faut s'occuper des cas d'incompétence.

Aux termes de la loi, un sous-comité du comité de discipline doit conclure à l'incompétence d'un membre si :

- les soins professionnels donnés à une patiente ou un patient témoignent d'un manque de connaissance, de compétence ou de jugement;
- si le membre manifeste de l'indifférence pour le bien-être de la patiente ou du patient dans une mesure qui démontre que le membre est inapte à exercer sa profession ou que ses activités professionnelles doivent être restreintes.

Si le sous-comité du comité de discipline conclut à l'incompétence d'un membre, il peut, par ordonnance, enjoindre à la registrateure ou au registrateur :

- de révoquer le certificat d'inscription du membre;
- de suspendre le certificat d'inscription du membre;
- d'assortir de conditions et de restrictions le certificat d'inscription du membre pour une durée déterminée ou indéfinie.

Lorsqu'il rend ces ordonnances, le sous-comité peut préciser les conditions auxquelles le membre doit satisfaire pour que les conditions ou restrictions imposées soient levées.

Questions clés concernant les dispositions relatives à la qualité des soins

Les patients sont en droit d'espérer des soins de qualité de la part des personnes qui exercent des professions de la santé réglementées. À cette fin, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la «loi») doit conférer des pouvoirs suffisants aux ordres qui régissent ces professions. Compte tenu de votre compréhension actuelle de la loi et de votre propre expérience, veuillez répondre aux questions suivantes.

2.1

La loi contient-elle des dispositions suffisamment rigoureuses pour doter les ordres qui régissent les professions de la santé des outils dont ils ont besoin pour faire en sorte que leurs membres offrent des soins de qualité? Dans la négative, quelles dispositions devraient être ajoutées à la loi?

2.2

Quelles dispositions de la loi donnent aux ordres les pouvoirs nécessaires de maintenir et de promouvoir des soins de qualité? Quelles dispositions, le cas échéant, les empêchent de le faire? Quelles modifications ou améliorations suggérez-vous?

2.3

En pratique, les ordres peuvent-ils mettre en oeuvre les dispositions de la loi visant le maintien et la promotion de la qualité des soins? Dans la négative, quelles difficultés ont-ils rencontrées?

2.4

Les ordres ont-ils réussi à mettre en oeuvre les dispositions de la loi visant le maintien et la promotion de la qualité des soins? Dans l'affirmative, quels genres d'initiatives ou de modèles de pratique ont été particulièrement efficaces? Dans la négative, quelles améliorations générales suggérez-vous?

Questions supplémentaires

Vous n'avez pas à répondre à toutes les questions qui suivent. Elles vous sont présentées uniquement pour faciliter votre réflexion et vous aider à répondre aux questions clés ci-dessus.

2.a.

La loi exige de chaque ordre qu'il établisse un programme visant à assurer la qualité de l'exercice de la profession et à promouvoir le maintien de la compétence parmi ses membres. Cette exigence est-elle suffisante pour assurer la qualité des soins? Les ordres devraient-ils disposer d'autres mécanismes pour compléter les programmes d'assurance de la qualité afin de maintenir et de promouvoir des soins de qualité?

2.b.

Des exigences détaillées concernant les programmes d'assurance de la qualité devraient-elles être contenues dans la loi, les règlements, les règlements administratifs ou les lois régissant chacune des professions?

2.c.

Des normes d'exercice devraient-elles être incluses dans la loi? Pourquoi?

2.d.

Les évaluateurs des comités d'assurance de la qualité sont-ils en mesure d'évaluer tous les lieux de travail? Dans la négative, quels obstacles les en empêchent et quelles améliorations suggérez-vous?

SECTION III — RESPONSABILITÉ

Contexte

La présente section traite de l'obligation qui, en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, incombe aux ordres et à leurs membres de servir et de protéger l'intérêt public et de rendre des comptes aux patients et au grand public. La loi contient de nombreuses règles touchant la responsabilité, mais nous avons choisi de souligner celles qui sont particulièrement importantes pour le public.

Contenu

- Structure des conseils des ordres
- Responsabilités et pouvoirs des conseils
- Programmes de relations avec les patients
- Tableaux
- Procédures relatives aux plaintes et à la discipline
- Divulgation publique
- Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
- Questions clés concernant la responsabilité
- Questions supplémentaires

Structure des conseils des ordres

Chaque ordre compte un conseil qui agit à titre de conseil d'administration. Même si la composition des conseils varie, tous doivent compter des représentants du public qui n'exercent pas une profession de la santé réglementée. La loi qui régit chaque profession précise le nombre de représentants du public et de professionnels que doit compter le conseil, mais les membres qui représentent les professionnels sont toujours en majorité. Le gouvernement nomme les membres du public tandis que les membres de l'ordre élisent les professionnels.

Le bureau, qui s'occupe des questions nécessitant une attention immédiate entre les réunions du conseil, doit également compter un membre représentant le public. La même règle s'applique aux comités d'inscription, des plaintes, de discipline et d'aptitude professionnelle de l'ordre et à leurs sous-comités.

Sauf exception, les réunions du conseil sont publiques. Cependant, les réunions se tiennent à huis clos lorsqu'elles portent sur des questions touchant à la sécurité publique ou encore si un membre est impliqué dans une instance civile ou criminelle. Dans ce cas, le conseil doit déterminer si la nécessité d'informer le public l'emporte sur les préjudices que pourrait causer la divulgation de renseignements de nature délicate. Lorsque le conseil décide de tenir la totalité ou une partie de sa réunion à huis clos, il doit clairement énoncer ses motifs et les consigner dans le procès-verbal.

Responsabilités et pouvoirs des conseils

La principale responsabilité du conseil d'un ordre est de régir la profession dans l'intérêt public en veillant à ce que les membres de l'ordre respectent la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et soient comptables envers le public. La loi favorise la responsabilité publique en exigeant que les ordres présentent un rapport annuel au ministre de la Santé et que les conseils comptent parmi leurs membres des représentants du public.

Les conseils ont notamment pour fonctions d'élaborer et de maintenir des normes régissant l'adhésion à l'ordre, le champ d'application de la profession, l'assurance de la qualité et la déontologie.

Les conseils des ordres ont également le pouvoir de prendre des «règlements» en vertu de la loi qui régit leur profession[10]. Les règlements sont habituellement rédigés après que la législature de l'Ontario a adopté une loi. Ils sont distincts de la loi, mais ont la même force exécutoire. Le ministre de la Santé doit examiner les règlements proposés par un ordre. Parmi la quinzaine de types de règlements différents qu'un ordre peut prendre, les plus importants pour le public sont ceux qui :

- ont trait à la publicité faite par les membres;
- définissent la faute professionnelle;
- définissent les conflits d'intérêts;
- régissent ou empêchent la délégation des actes autorisés aux membres ou par des membres;
- exigent des membres qu'ils conservent des dossiers spécifiques concernant leur pratique.

10 Le Conseil des ministres doit adopter les règlements proposés par un ordre. Ceux-ci ne peuvent entrer en vigueur tant qu'ils n'ont pas été approuvés par le Conseil des ministres et sanctionnés par le lieutenant-gouverneur de l'Ontario.

Programmes de relations avec les patients

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* exige que chaque ordre établisse un programme de relations avec les patients qui favorise les mesures visant à prévenir ou à traiter les cas de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés aux patients, y compris le financement de thérapies et de counseling. Ces programmes ont pour objet de renseigner les membres des ordres et le public de ce qui constitue une conduite professionnelle appropriée et de ce qui ne l'est pas. Ces programmes représentent un autre mécanisme de responsabilisation.

Tableaux

Chaque ordre doit tenir un tableau qui contient des renseignements sur chacun de ses membres. Par exemple, le tableau doit comprendre des renseignements qui indiquent :

- les conditions et les restrictions dont est assorti un certificat d'inscription, le cas échéant;
- le fait qu'un membre ait été déclaré incompétent ou reconnu coupable d'une faute professionnelle et, le cas échéant, les mesures qui ont été prises envers le membre;
- l'indication de chaque révocation et de chaque suspension de certificat d'inscription;
- s'il est interjeté appel des décisions du comité de discipline, une indication à ce sujet.

Toute personne peut, moyennant le paiement de droits raisonnables pour assumer les frais de copie, obtenir ces renseignements et d'autres renseignements consignés depuis six ans[11]. Tous les renseignements inscrits dans le tableau ne sont pas accessibles au public. Ainsi, les renseignements concernant l'incapacité ne sont plus accessibles lorsque l'inscription du membre concerné est remise en vigueur.

Procédures relatives aux plaintes et à la discipline

À la section I, nous avons décrit le processus de traitement des plaintes concernant la conduite d'un membre de l'ordre, sa capacité ou son aptitude professionnelle. La responsabilité à l'égard du public constitue un aspect important des procédures relatives aux plaintes et à la discipline. Toutes les plaintes officielles, qu'elles soient faites par un membre de l'ordre, un patient ou une autre partie doit faire l'objet d'une enquête menée par un sous-comité du comité des plaintes.

Ce sous-comité, qui doit compter au moins un représentant du public parmi ses membres, revoit toutes les preuves et observations à l'appui ou à l'encontre d'une plainte. Si le sous-comité décide que la plainte est fondée, il peut renvoyer l'affaire devant un autre comité en vue de sanctions disciplinaires[12].

L'ordre doit informer toutes les personnes qui sont directement touchées par une plainte de sa décision, des motifs de celle-ci et de leur droit d'interjeter appel à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé.

Les personnes qui déposent une plainte et les membres visés par celle-ci peuvent également interjeter appel à la Commission si aucune décision n'est rendue dans les 120 jours suivant le dépôt de la plainte.

11 La registrateure ou le registrateur n'est pas tenu de donner l'adresse professionnelle et le numéro de téléphone d'un membre s'il a des motifs de croire que la divulgation de ces renseignements peut menacer la sécurité du membre.

12 Si le sous-comité du comité des plaintes est d'avis que le membre est mentalement ou physiquement incapable d'exercer sa profession, il doit renvoyer l'affaire au bureau de l'ordre qui peut ordonner une audience pour incapacité.

Divulgation publique

Chaque ordre doit inclure dans son rapport annuel un sommaire des décisions rendues par le sous-comité après avoir mené des audiences disciplinaires. L'ordre doit également énumérer les motifs de ces décisions.

Les renseignements concernant les membres que le comité de discipline a reconnus coupables d'une faute professionnelle doivent être inscrits dans le tableau de l'ordre. Comme il en a été question précédemment, le public a accès à ces renseignements.

Les renseignements concernant une plainte qui ne s'est pas soldée par une sanction disciplinaire ne sont pas consignés dans le tableau et ne peuvent être publiés.

Comme nous l'avons mentionné à la section I, certains ordres ont maintenant recours à un mécanisme de rechange pour le traitement des plaintes. Le règlement à l'amiable est un processus qui vise à régler les différends à la satisfaction des deux parties sans recourir au long et coûteux processus de réexamen ou d'audience.

Comme les règlements à l'amiable font intervenir un professionnel de la santé et un ordre et qu'ils sont privés, les renseignements à leur sujet ne sont pas consignés dans le tableau et le public n'y a pas accès.

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

Pour conclure, il est important de noter que c'est au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé que le ministre de la Santé a demandé d'examiner l'incidence et l'efficacité de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Le Conseil consultatif est un organisme indépendant du ministère de la Santé dont les membres du public nommés par le gouvernement ne peuvent être ni des fonctionnaires, ni des employés de la Couronne, ni des membres actuels ou sortants d'un ordre ou du conseil d'un ordre. Les responsabilités du Conseil consultatif sont exposées dans la section intitulée «Aperçu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*».

Questions clés concernant la responsabilité

Les professionnels de la santé doivent rendre compte de leurs actes à leurs patients et au public. Les ordres ont également l'obligation d'agir dans l'intérêt public et doivent en rendre compte au public.

Pour parvenir à maintenir et à promouvoir la responsabilité parmi les professionnels de la santé, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la «loi») doit contenir à cette fin suffisamment de dispositions qui, idéalement, doivent être mises en oeuvre par les ordres régissant chacune des professions réglementées de la santé.

Compte tenu de votre compréhension des dispositions de la loi concernant la responsabilité et de votre propre expérience, veuillez répondre aux questions suivantes.

3.1
La loi contient-elle des dispositions suffisamment rigoureuses et spécifiques pour assurer la responsabilité des ordres qui régissent les professions de la santé envers le public et la responsabilité des professionnels de la santé envers leurs patients et le public? Dans la négative, quelles dispositions devraient être ajoutées à la loi?

3.2
Quelles dispositions de la loi contribuent à favoriser la responsabilité des ordres et des professionnels de la santé envers leurs patients et le public? Quelles dispositions, le cas échéant, représentent des obstacles? Quelles améliorations sont requises?

3.3
En pratique, les ordres peuvent-ils mettre en oeuvre les dispositions de la loi visant à favoriser la responsabilité des professionnels de la santé envers leurs patients et le public? Dans la négative, quelles difficultés ont-ils rencontrées?

3.4
Les ordres ont-ils réussi à mettre en oeuvre les dispositions de la loi visant à favoriser la responsabilité des professionnels de la santé envers leurs patients et le public? Dans l'affirmative, quels genres d'initiatives ou de modèles de pratique ont été particulièrement efficaces? Dans la négative, quelles améliorations générales sont requises?

3.5
Quelle est la combinaison appropriée de représentants du public et des professionnels de la santé au sein des conseils des ordres? La majorité des membres des conseils des ordres devraient-ils être des représentants des professionnels de la santé élus par leurs collègues ou un plus grand contrôle devrait-il être conféré aux membres du public nommés par le gouvernement?

Questions supplémentaires

Vous n'avez pas à répondre à toutes les questions qui suivent. Elles vous sont présentées uniquement pour faciliter votre réflexion et vous aider à répondre aux questions clés ci-dessus.

3.a.
Y a-t-il suffisamment de membres du public au sein des conseils des ordres pour bien représenter les intérêts du public?

3.b.
Y a-t-il suffisamment de membres du public au sein des comités des plaintes et de discipline pour bien représenter les intérêts du public?

3.c.
Les représentants du public sont-ils préparés à représenter les intérêts du public (p. ex., orientation, formation, aide financière)? Dans la négative, quelles approches pourrait-on adopter pour mieux les préparer à assumer leur rôle?

3.d.
Les conseils des ordres devraient-ils compter des représentants de différentes professions de la santé réglementées?

3.e.
Les renseignements des tableaux des ordres auxquels le public a accès sont-ils suffisants pour protéger le public contre les préjudices et les lésions? Par exemple, le public devrait-il avoir accès aux renseignements concernant les règlements à l'amiable et les ordonnances de cours de rattrapage rendues par les comités d'assurance de la qualité?

3.f.
Les pouvoirs et les procédures des bureaux devraient-ils être clairement définis dans la loi?

3.g.
Les membres des ordres comprennent-ils le mandat de l'ordre qui consiste à servir et protéger l'intérêt public?

3.h.
Les professions sont-elles réglementées dans l'intérêt du public ou dans celui de leurs membres?

3.i.
Des mécanismes supplémentaires devraient-ils être établis pour maintenir et promouvoir l'efficacité continue de l'auto-réglementation des professions de la santé (p. ex., évaluations continues obligatoires par le Conseil consultatif, précision des fonctions du ministère de la Santé, examen tous les dix ans)?

3.j.
Les pouvoirs du ministre sont-ils insuffisants, suffisants ou excessifs?

3.k.
L'apport du public au système de réglementation par l'entremise du Conseil consultatif est-il insuffisant, suffisant ou excessif?

SECTION IV — EFFICIENCE

Contexte

Depuis toujours, les êtres humains s'emploient à devenir plus efficients, à faire plus de choses en moins de temps et avec moins d'efforts. En 1605, le mathématicien Blaise Pascal a inventé un appareil mécanique à engrenage qui utilisait des roues numérotées de zéro à neuf pour additionner et soustraire. L'ordinateur moderne, «descendant» de la *machine de Pascal*, a permis d'accroître l'efficience de nombreuses tâches et fonctions de la société. Nous pouvons faire plus de choses en moins de temps, avec moins d'efforts et avec moins de ressources. Mais dans quel but? Pour conserver quelles valeurs?

Aujourd'hui, les ordres qui régissent les professions de la santé réglementées en Ontario doivent fonctionner de manière efficiente et opportune, sans sacrifier l'efficacité, la souplesse et l'équité. Dans la présente section, nous examinons certaines des exigences de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* qui exigent le plus de ressources et de temps et nous nous interrogeons sur leurs effets pour les ordres, les professionnels de la santé, les patients et le public.

Contenu

- Exigences réglementaires et administratives
- Traitement des plaintes et processus disciplinaire
- Programmes d'assurance de la qualité
- Programmes de relations avec les patients
- Questions clés concernant l'efficience
- Questions supplémentaires

Exigences réglementaires et administratives

Les fonctions telles que l'élaboration de normes d'inscription, de déontologie et d'assurance de la qualité accaparent la majeure partie du temps des ordres qui doivent également :

- gérer les questions administratives, financières et internes;
- élaborer des règlements, dont des règlements administratifs;
- communiquer avec les membres;
- gérer un grand nombre de comités;
- préparer les rapports et les recommandations des comités;
- rédiger les rapports annuels et différentes autres publications.

Toutes ces tâches exigent beaucoup de ressources. Cependant, ce sont le traitement des plaintes, le processus disciplinaire, les programmes d'assurance de la qualité et les programmes de relations avec les patients qui exigent le plus de ressources. Ces exigences sont expliquées en détail ci-dessous.

Traitement des plaintes et processus disciplinaire

Aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, les comités des plaintes doivent régler les plaintes portant sur la conduite des membres dans les 120 jours qui suivent le dépôt de la plainte.

Pendant ce temps, les ordres doivent :

- informer le membre et lui donner 30 jours pour préparer une réponse écrite;
- nommer un sous-comité du comité des plaintes;
- mener une enquête au sujet de la plainte;
- revoir les documents fournis par les membres, la plaignante ou le plaignant et toute autre preuve qui a des effets sur la cause;
- envisager différents plans d'action;
- renvoyer l'affaire à un autre sous-comité ou comité si d'autres mesures sont indiquées.

Le public se préoccupe également du temps qu'il faut pour régler une plainte. Les plaignants ont le droit de demander à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé d'intervenir si un ordre ne règle pas une plainte dans les 120 jours prévus.

Comme nous l'avons mentionné à la section I, certains ordres ont maintenant recours au processus de règlement à l'amiable pour traiter les plaintes. Il s'agit d'un processus qui vise à régler les différends à la satisfaction des deux parties, sans qu'il soit nécessaire de recourir au long et coûteux processus de réexamen ou d'audience. Même si le règlement à l'amiable est efficient, les règlements privés entre une plaignante ou un plaignant et un professionnel de la santé ne peuvent être réexaminés et ne sont pas accessibles au public. Pour certaines personnes, la question est alors de savoir si l'efficience prend le pas sur la responsabilité.

Programmes d'assurance de la qualité

À la section II, nous avons vu que la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* exige que les ordres élaborent des programmes d'assurance de la qualité. Nous avons également décrit le processus permettant d'évaluer la conduite des membres et les normes d'exercice des professions. Le processus qui mène à la mise en pratique de mesures de correction peut être long, fastidieux et coûteux.

Les programmes d'assurance de la qualité sont relativement nouveaux dans le domaine des soins de santé et les opinions divergent pour ce qui est de savoir comment mesurer ou assurer la qualité des soins et déterminer les ressources que l'ordre devrait affecter à ces programmes. Les programmes d'assurance de la qualité exigent également beaucoup des professionnels de la santé. Ceux-ci doivent consacrer du temps à parfaire leurs compétences et leurs connaissances et prendre part aux évaluations de l'ordre dont ils relèvent pour mesurer leur compétence et leur capacité de fournir des soins de qualité.

Programme de relations avec les patients

L'un des principaux objectifs de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* est d'éliminer les mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par des professionnels de la santé. Les programmes de relations avec les patients, que tous les ordres doivent mettre sur pied, constituent un mécanisme pour y parvenir. Ces programmes visent à renseigner les personnes qui exercent une profession de la santé réglementée et le public sur ce qui constitue un comportement professionnel approprié et ce qui ne l'est pas. L'information des professionnels de la santé et du public peut exiger beaucoup de ressources.

Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé évalue actuellement l'efficacité de ces programmes. Ce genre d'évaluation exige beaucoup du personnel des ordres et des professionnels de la santé.

Questions clés concernant l'efficience

L'efficience est un mécanisme qui permet de réduire au minimum le temps et les efforts nécessaires pour obtenir les résultats escomptés. Dans le cas de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, ces résultats sont la protection du public contre les préjudices et les lésions, des soins de qualité, la promotion de la responsabilité et le maintien de principes tels que la souplesse et l'équité. Compte tenu de votre compréhension du temps et des efforts requis pour obtenir ces résultats, veuillez répondre aux questions suivantes.

4.1

Certaines dispositions de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la «loi») sont-elles trop exigeantes pour les ordres? Serait-il possible de les simplifier sans sacrifier l'efficacité de la loi?

4.2

Les dispositions de la loi sont-elles trop exigeantes pour les patients? Dans l'affirmative, comment la loi pourrait-elle mieux répondre à leurs besoins?

4.3

Les ordres ont-ils pu utiliser à bon escient les ressources disponibles pour atteindre les résultats escomptés de la loi? Dans la négative, pourquoi?

4.4

La collaboration entre les ordres permettrait-elle d'accroître leur efficience? Y a-t-il des obstacles qui empêchent les ordres de partager des ressources? Dans l'affirmative, lesquels?

4.5

Pourrait-on améliorer l'efficience du système en fusionnant des ordres? Dans l'affirmative, sur quels critères devrait-on se fonder pour déterminer les fusions à effectuer?

4.6

Des approches ou mécanismes moins coûteux pourraient-ils être utilisés pour obtenir les résultats escomptés de la loi? Dans l'affirmative, lesquels?

4.7

La mise en oeuvre de la loi a-t-elle permis au ministre de la Santé de prendre au moment opportun des décisions concernant de nouvelles lois ou des modifications législatives? Quelles améliorations suggérez-vous?

Questions supplémentaires

Vous n'avez pas à répondre à toutes les questions qui suivent. Elles vous sont présentées uniquement pour faciliter votre réflexion et vous aider à répondre aux questions clés ci-dessus.

4.a.

Est-il possible de respecter les délais exigés pour les décisions et les appels?

4.b.

Les ordres dont les membres ont peu ou pas de contacts avec des patients devraient-ils être exemptés de l'obligation d'établir des programmes de relations avec les patients?

4.c.

Certains obstacles nuisent-ils au bon fonctionnement des conseils des ordres? Dans l'affirmative, quels sont-ils?

4.d.

Les dispositions de la loi concernant la nomination de membres du public (p. ex., quorums, minimum obligatoire) nuisent-elles au bon fonctionnement des conseils des ordres?

4.e.

Les frais d'inscription aux ordres sont-ils insuffisants, suffisants ou excessifs?

4.f.

Est-il facile de faire modifier des dispositions de la loi et des lois régissant chaque profession lorsque c'est nécessaire?

SECTION V — SOUPLESSE

Contexte

Se tenir au fait des nouvelles technologies, procédures de diagnostic et méthodes de traitement devient de plus en plus difficile pour les professionnels de la santé. Au cours de la dernière décennie, les Ontariennes et les Ontariens sont devenus plus scolarisés et exigeants, et ils participent plus à leurs propres soins de santé.

Les relations entre les professions de la santé, la répartition des professionnels de la santé et la prestation des services se sont transformées. Prendre soin des gens de différentes cultures dont les croyances, les valeurs et les attentes varient énormément exige de la sensibilité, de la compréhension et de la souplesse.

La présente section traite de ces réalités et de la mesure dans laquelle le système de réglementation est prêt à s'adapter aux nouveaux besoins et circonstances.

Contenu

- Rôle du ministre
- Capacité du public à influencer les changements
- Latitude des ordres en matière de réglementation
- Possibilité d'exempter certaines personnes de l'exécution d'actes autorisés
- Questions clés concernant la souplesse
- Questions supplémentaires

Rôle du ministre

Les dispositions qui visent l'adaptation aux nouvelles réalités sont résumées à l'alinéa 5 d) de la loi, libellé comme suit :

«Le ministre peut exiger d'un conseil qu'il prenne, modifie ou abroge un règlement pris en application d'une loi sur une profession de la santé ou de *la Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*.»

Cette disposition de la loi donne au ministre de la Santé beaucoup de latitude et lui permet de réagir aux nouveaux besoins et aux nouvelles circonstances. En vertu de la loi, le ministre pourrait, par exemple :

- exiger des ordres qu'ils partagent leurs ressources administratives ou autres;
- élargir la portée des programmes de relations avec les patients (qui traitent surtout des mauvais traitements d'ordre sexuel).

Cependant, d'autres changements, bien que nécessaires ou souhaitables pour s'adapter aux nouvelles réalités, nécessiteraient des modifications législatives, qui demandent beaucoup de temps. Il s'agit de changements qui visent :

- à limiter ou à élargir le champ d'application d'une profession;
- à augmenter le nombre d'actes autorisés que les professionnels de la santé peuvent accomplir ou à limiter leur capacité de déléguer l'exécution de ces actes;
- à réglementer une nouvelle profession ou supprimer une profession de la liste des professions réglementées;
- à modifier les exceptions actuellement prévues dans la loi.

Capacité du public à influencer les changements

Le ministre a également l'obligation, sur demande du conseil d'un ordre ou d'une personne, de renvoyer toute question concernant la réglementation des professions de la santé au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le «Conseil consultatif»).

La principale responsabilité du Conseil consultatif consiste à mener des études publiques, au nom du ministre, concernant des modifications proposées aux lois et aux règlements qui régissent les professions de la santé réglementées. Toute personne, y compris les membres du public, peut demander que ces questions soient renvoyées au Conseil consultatif. Le public peut également participer aux études du conseil consultatif concernant la réglementation des professions de la santé.

L'objectif fondamental de ce processus est de déterminer si la réglementation de la profession est nécessaire et si elle sert l'intérêt public. Pour prendre cette décision, le Conseil consultatif se fonde sur neuf critères, énoncés dans les questions suivantes :

1. Un pourcentage important des membres de la profession se livrent-ils à des activités qui relèvent du ministre de la Santé et dont le premier objectif est la promotion de la santé ou le traitement des maladies?
2. Les services offerts par la profession posent-ils un risque important de préjudices et de lésions pour les patients?
3. Les membres de la profession travaillent-ils dans des milieux où leur travail ne fait pas l'objet d'une supervision efficace?
4. Est-il improbable que la profession soit réglementée en vertu d'autres mécanismes?
5. Les membres de la profession doivent-ils se fonder sur un ensemble systématique de connaissances spécifiques lorsqu'ils traitent leurs patients?
6. Les membres de la profession doivent-ils avoir réussi un programme d'études postsecondaires dispensé dans une maison d'enseignement canadienne reconnue avant de pouvoir exercer leur profession?
7. Les dirigeants de la profession ont-ils manifesté leur capacité et leur volonté de défendre avant tout les intérêts du public, et non leurs propres intérêts?
8. L'auto-réglementation trouve-t-elle suffisamment d'appui parmi les membres pour que l'on puisse raisonnablement s'attendre à ce qu'elle soit généralement respectée?
9. La profession compte-t-elle suffisamment de membres qualifiés et intéressés pour doter en bénévoles et en personnel tous les comités d'un organisme administratif et maintenir une association professionnelle distincte?

Ce processus assure l'équité en permettant à toutes les parties intéressées, y compris les membres du public, de faire connaître leur point de vue. Le Conseil consultatif peut également consulter des experts qui ont une connaissance spéciale de la demande et de la profession qui demande la réglementation. Les travaux du Conseil consultatif aux fins de la réglementation d'une profession sont publics et, au besoin, des aménagements peuvent être faits pour les personnes ayant des besoins particuliers.

Lorsqu'il fait ses recommandations au ministre, le Conseil consultatif fait fond exclusivement sur les renseignements qui sont du domaine public. Comme son nom l'indique, le Conseil consultatif a uniquement un rôle consultatif. Les décisions sont prises par le ministre.

Latitude des ordres en matière de réglementation

Pour que la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* demeure pertinente, elle doit être assez souple pour répondre aux besoins changeants des consommateurs et des professionnels de la santé.

Pour cette raison, les ordres ont le pouvoir de prendre des règlements qui définissent ou redéfinissent les responsabilités et les obligations de leurs membres ainsi que les normes d'exercice de la profession qu'ils régissent[13]. Ainsi, un ordre peut décider de prendre des règlements qui :

- établissent des normes différentes pour les professionnels qui veulent devenir membres;
- instaurent de nouvelles mesures pour assurer le respect des programmes d'assurance de la qualité;
- définissent le «conflit d'intérêts».

Les conseils des ordres peuvent également modifier ou simplifier leurs propres procédures administratives en adoptant des règlements administratifs qui, par exemple, établissent les frais d'adhésion et le processus électoral ou modifient la composition et les fonctions de certains comités[14].

Possibilité d'exempter certaines personnes de l'exécution d'actes autorisés

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ne s'applique pas aux guérisseurs ni aux sages-femmes autochtones qui offrent des services traditionnels de guérisseur ou de sage-femme aux autochtones ou aux membres d'une communauté autochtone. Les personnes qui donnent des conseils sur des sujets d'ordre émotionnel, social, éducationnel ou spirituel ou qui traitent d'autres personnes par des prières ou d'autres moyens spirituels sont également exemptés des dispositions relatives aux actes autorisés.

Questions clés concernant la souplesse

L'Ontario est une société diversifiée et dynamique. Pour demeurer pertinente, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la «loi») doit être assez souple pour prendre en compte la diversité et les besoins changeants des consommateurs et des professionnels de la santé dans un milieu en constante évolution. Les questions suivantes visent à déterminer si la mise en oeuvre de la loi répond aux besoins actuels ou aux nouvelles réalités.

5.1 **Les dispositions et la mise en oeuvre de la loi sont-elles suffisamment souples pour s'adapter aux nouvelles pratiques des professions de la santé réglementées, telles que les innovations dans l'exercice de la profession et les progrès technologiques?**

5.2 **Les dispositions et la mise en oeuvre de la loi sont-elles suffisamment souples pour s'adapter au nouvel environnement de travail, qui transforme les mesures de supervision, l'expertise requise et les occasions de consultation et de collaboration avec les pairs?**

5.3 **Les dispositions et la mise en oeuvre de la loi sont-elles suffisamment souples pour s'adapter aux nouvelles attentes et aux nouveaux besoins des consommateurs?**

13 Les règlements doivent être examinés par le ministre de la Santé et n'entrent pas en vigueur tant que le gouvernement ne les a pas approuvés.

14 En février 1999, le projet de loi 25, Loi visant à réduire les formalités administratives, accordait aux ordres une plus grande marge de manoeuvre en élargissant leur pouvoir de prendre des règlements administratifs.

Questions supplémentaires

Vous n'avez pas à répondre à toutes les questions qui suivent. Elles vous sont présentées uniquement pour faciliter votre réflexion et vous aider à répondre aux questions clés ci-dessus.

5.a.

En pratique, la réglementation de nouvelles professions et la déréglementation de professions existantes peuvent-elles être amorcées et effectuées facilement?

5.b.

La promotion des soins communautaires a-t-elle des répercussions sur le système de réglementation?

SECTION VI — ÉQUITÉ

Contexte

La majeure partie de la présente publication décrit les dispositions de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées consacrées à la protection du public contre les préjudices et les lésions, à la promotion des soins de qualité et à la responsabilisation des professionnels de la santé.

La présente section traite de la nécessité, tout aussi importante, de faire en sorte que la loi soit mise en oeuvre d'une manière juste, impartiale, équitable et accessible pour toutes les parties intéressées, y compris celles qui régissent et offrent les services de santé.

Elle parle de l'accessibilité, et notamment du droit des particuliers d'obtenir les services des professionnels de leur choix. Elle parle du droit du public de porter plainte contre la conduite des professionnels de la santé et du droit des membres des ordres de se défendre et d'obtenir une audience équitable.

Elle traite de l'égalité que supposent les dispositions de la loi qui exigent que toutes les professions de la santé soient encadrées par une structure organisationnelle identique, qu'elles adoptent les mêmes objets et les mêmes procédures et qu'elles s'engagent toutes à protéger et à défendre l'intérêt public.

Elle porte sur l'équité et le respect des droits des bénéficiaires et des fournisseurs de services et de la nécessité de traiter ces personnes avec dignité.

Enfin, la présente section traite de la nécessité d'établir un équilibre entre les droits et les pouvoirs des ordres, des professionnels de la santé et du public.

Contenu

- Demandes d'adhésion à un ordre
- Procédures relatives aux plaintes
- Déclaration obligatoire des cas de mauvais traitements d'ordre sexuel
- Audiences de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé
- Appels devant les tribunaux
- Questions clés concernant l'équité
- Questions supplémentaires

Audiences de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé

Les plaignants et les membres visés par une plainte qui le souhaitent doivent demander un réexamen par la Commission d'appel et de révision des professions de la santé au plus tard 30 jours après avoir reçu la décision du sous-comité des plaintes. La Commission peut proroger ce délai de 60 jours si elle est convaincue que personne ne sera lésé. Elle peut également refuser de procéder à un réexamen si elle considère que la demande n'est pas digne d'attention.

Lorsque la Commission accepte de réexaminer une décision du sous-comité des plaintes, la registrateure ou le registrateur de l'ordre doit lui remettre le dossier de l'enquête ainsi que les preuves et les documents sur lesquels le sous-comité a fondé sa décision. La Commission doit alors divulguer ces renseignements aux deux parties en cause. Cependant, elle peut refuser de fournir une partie de ces renseignements lorsque ceux-ci :

- risquent d'entraîner la divulgation de questions touchant à la sécurité publique;
- risquent d'ébranler l'intégrité du processus d'enquête sur la plainte et de réexamen;
- sont de nature telle qu'il vaut mieux ne pas les divulguer;
- risquent de léser une personne engagée dans une instance criminelle ou dans une poursuite ou instance civile;
- risquent de mettre en danger la sécurité d'une personne.

La Commission peut exiger qu'une représentante ou un représentant d'un ordre assiste aux audiences de réexamen et réponde à des questions; cependant, ni les représentants des ordres, ni aucune des parties concernées, c'est-à-dire les plaignants et les membres visés par les plaintes, ne peuvent s'interroger. La loi permet également à une personne de représenter le plaignant à une audience de la Commission si ce dernier meurt ou est frappé d'incapacité avant que l'audience ne débute. Cette disposition protège l'intérêt public en faisant en sorte que les plaintes graves ne soient pas retirées dans ces circonstances malheureuses.

À la fin d'un réexamen, la Commission peut prendre l'une ou l'autre des mesures suivantes :

1. maintenir ou confirmer la totalité ou une partie de la décision du comité des plaintes;
2. faire des recommandations au comité des plaintes;
3. exiger du comité des plaintes ou d'un sous-comité qu'il prenne toute mesure que le comité ou un sous-comité a le pouvoir de prendre en vertu de la loi.

Cette troisième possibilité signifie dans les faits que la Commission peut :

- renvoyer une allégation de faute professionnelle ou d'incompétence au comité de discipline de l'ordre;
- renvoyer le membre au bureau de l'ordre à des fins de procédures pour incapacité;
- renvoyer l'affaire au comité d'assurance de la qualité de l'ordre si la plainte porte sur une faute mineure d'ordre sexuel.

La Commission doit remettre un résumé écrit de ses décisions et motifs aux deux parties concernées et au comité des plaintes de l'ordre.

Appels devant les tribunaux

Les parties suivantes peuvent interjeter appel devant la Cour divisionnaire :

1. les parties à une instance devant la Commission d'appel et de révision des professions de la santé concernant une audience ou un réexamen relatif à une inscription;
2. les parties à une instance devant un sous-comité du comité de discipline;
3. les parties à une instance devant un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle (sauf lorsqu'il s'agit d'une demande de remise en vigueur).

Questions clés concernant l'équité

En vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la «loi»), les ordres qui régissent les professions et la Commission d'appel et de révision des professions de la santé ont le pouvoir de faire en sorte que les résultats escomptés soient obtenus. Ces résultats comprennent la protection contre les préjudices et les lésions, des soins de haute qualité et la responsabilisation des professionnels. Il est important que ces pouvoirs soient exercés d'une manière qui assure l'équité et le respect des droits et intérêts de toutes les parties. Compte tenu de votre compréhension de ces dispositions et de votre propre expérience, veuillez répondre aux questions suivantes.

6.1

Les dispositions et la mise en oeuvre de la loi tiennent-elles compte des obstacles que rencontrent différents groupes, dont les groupes défavorisés, en Ontario?

6.2

Les ordres ont-ils mis en oeuvre les exigences de la loi d'une manière qui respecte entièrement les droits et les intérêts des membres éventuels et existants, des plaignants et des membres mis en cause? Dans la négative, pourquoi?

6.3

Les délais requis pour que les ordres rendent des décisions ou prennent des mesures sont-ils équitables pour toutes les parties concernées?

6.4

La loi prévoit-elle suffisamment de mécanismes de protection procéduraux, tels que des contrôles et des appels?

6.5

Le processus de traitement des plaintes est-il suffisamment accessible au public?

6.6

Les dispositions touchant la protection de la vie privée des plaignants et des membres mis en cause sont-elles suffisantes?

6.7

Du point de vue de l'équité, les pouvoirs des ordres sont-ils insuffisants, suffisants ou excessifs?

6.8

Du point de vue de l'équité, les pouvoirs de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé sont-ils insuffisants, suffisants ou excessifs?

6.9

Les dispositions et la mise en oeuvre de la loi permettent-elles au public d'avoir accès aux professionnels de leur choix?

6.10

Le fait que la loi oblige tous les ordres à adopter les mêmes objectifs généraux, les mêmes normes d'intérêt public et les mêmes structures organisationnelles favorise-t-il l'égalité entre les professions de la santé réglementées?

Questions supplémentaires

Vous n'avez pas à répondre à toutes les questions qui suivent. Elles vous sont présentées uniquement pour faciliter votre réflexion et vous aider à répondre aux questions clés ci-dessus.

6.a.

Les procédures relatives aux plaintes et à la discipline répondent-elles aux besoins des plaignants et des membres mis en cause?

6.b.

Le délai moyen entre le dépôt d'une plainte et son règlement est-il trop long?

6.c.

Le délai moyen entre le dépôt d'un appel et le moment où la Commission d'appel et de révision des professions de la santé rend sa décision est-il trop long?

6.d.

Les mécanismes d'appel prévus dans la loi sont-ils insuffisants, suffisants ou excessifs?

6.e.

La loi parvient-elle à établir un équilibre entre les droits et intérêts des patients d'une part et les droits et intérêts des membres d'autre part?

6.f.

La loi devrait-elle contenir des critères précis visant les plaintes frivoles et vexatoires?

6.g.

Les plaignants devraient-ils avoir le statut de parties aux audiences disciplinaires?

6.h.

Est-il souhaitable que des tierces parties soient autorisées, au nom des plaignants, à déposer une plainte lorsque les victimes n'ont pas la capacité ou la volonté de le faire?

6.i.

Outre les fonds réservés pour le traitement des victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel, la loi devrait-elle contenir des dispositions visant l'indemnisation des personnes qui ont subi des préjudices ou des lésions alors qu'elles recevaient des soins d'une professionnelle ou d'un professionnel exerçant une profession de la santé réglementée?

6.j.

Devrait-il y avoir un mécanisme d'appel clairement défini des décisions du bureau?

6.k.

La loi établit-elle un équilibre entre les pouvoirs des ordres et les droits et intérêts des plaignants?

6.l.

La loi établit-elle un équilibre entre les pouvoirs des ordres et les droits et intérêts des membres de la profession?

6.m.

La loi établit-elle un équilibre entre les pouvoirs des ordres relativement à l'assurance de la qualité et les droits et intérêts des professionnels de la santé?

Annexe 1 — Cadre de référence de l'étude

Introduction

Le ministre de la Santé a demandé au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (le «Conseil consultatif») d'entreprendre une étude de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la «loi») et des lois connexes régissant chacune des professions cinq ans après leur promulgation. Le ministre a plus précisément demandé au Conseil consultatif d'examiner l'efficacité et l'incidence de la loi.

Outre la demande initiale du ministre, le Conseil consultatif a reçu deux autres renvois ministériels distincts demandés par deux particuliers, M. Arndt et B. Salvador. Bien que ces renvois ultérieurs soulèvent des questions différentes, tous deux portent sur des questions de gestion telles que la composition des conseils et des comités des ordres. Dans les deux cas, le ministre a demandé au Conseil consultatif de tenir compte des questions soulevées dans le contexte de son propre renvoi.

Raison d'être et historique

Le Conseil consultatif a d'abord tenu une série d'ateliers avec des représentants des ordres afin d'obtenir leurs idées sur la nature de l'étude. Par la suite, il a obtenu une opinion juridique concernant le cadre possible de l'étude. Le Conseil consultatif a donc décidé d'utiliser la loi et le mécanisme de révision des lois régissant les professions de la santé comme sources complémentaires de normes objectives aux fins de l'étude. (La révision des lois régissant les professions de la santé est le long processus qui a donné naissance à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées;*** le document issu de ce processus[17] expose la raison d'être de la loi.)

Le Conseil consultatif avait déjà reconnu que la loi comportait six objectifs législatifs qui favorisent l'intérêt public : protection contre les préjudices et les lésions, promotion de soins de qualité, responsabilisation des professions, accès par les membres du public aux professionnels de leur choix, égalité entre les professions et traitement équitable des patients et des professionnels. La révision des lois régissant les professions de la santé comprenait la plupart de ces objectifs, mais faisait état d'autres buts du processus de réglementation, dont les trois plus importants, de l'avis du Conseil consultatif, sont l'équilibre des forces entre les organismes de réglementation, les patients et les professionnels, l'efficience et l'efficacité du système et la mise en place d'un système qui, par l'entremise de politiques, est assez souple pour s'adapter aux nouvelles réalités et maintenir sa raison d'être. On peut donc identifier neuf concepts qui sont servi de guides à la présente étude : protection contre les préjudices et les lésions, qualité des soins, responsabilité, accessibilité, égalité, équité, équilibre des forces, efficience et souplesse.

Aux fins de l'étude de l'efficacité de la loi, le Conseil consultatif a choisi de se concentrer sur les trois premiers concepts, à savoir protection contre les préjudices et les lésions, qualité des soins et responsabilité. Ce choix procède de l'orientation de la loi elle-même. En effet, l'article 6 de la loi énonce l'obligation du Conseil consultatif de présenter un rapport

17 Schwartz, Alan (coordonnateur). Établir un nouvel équilibre : projet de réglementation des professions de la santé en Ontario, recommandations du mécanisme de révision des professions de la santé, Toronto, gouvernement de l'Ontario, 1989.

sur l'efficacité du système de réglementation. Le Conseil consultatif doit présenter un rapport sur l'efficacité des procédures relatives aux plaintes et à la discipline ainsi que sur l'efficacité des programmes de relations avec les patients et d'assurance de la qualité[18].

De l'avis du Conseil consultatif, ces directives traitent principalement des concepts de protection du public, de qualité des soins et de responsabilité.

À noter que le ministre a demandé que l'étude porte à la fois sur l'efficacité et l'incidence de la loi. Le Conseil consultatif reconnaît que la protection du public, la qualité des soins et la responsabilité ont un coût : coût financier d'abord, mais également capacité limitée de réagir aux nouvelles pratiques et aux nouvelles attentes des consommateurs et empiétement possible sur les droits et intérêts de différentes parties en vertu de la loi. L'incidence de la loi sera donc examinée pour déterminer si ces effets ont été minimisés, c'est-à-dire si l'efficience, la souplesse et l'équité ont été réalisées. Le terme «équité» englobe les notions d'accessibilité, d'égalité et d'équilibre des forces.

Portée de l'étude

Le Conseil consultatif déterminera donc si la loi a généré un système de réglementation efficace, efficient, souple et équitable. En outre, il déterminera si chacune de ces réalisations est bien équilibrée en regard des autres. Enfin, le Conseil consultatif informera le ministre en conséquence en recommandant des améliorations au système de réglementation et des modifications à la loi.

Comme nous venons de le mentionner, l'efficacité de la loi sera examinée en regard des objectifs législatifs que sont la protection du public contre les préjudices et les lésions, la qualité des soins et la responsabilité des professionnels de la santé. La réalisation de ces objectifs constitue l'indicateur primaire de l'efficacité. Pour déterminer si les objectifs ont été atteints, on demandera aux personnes concernées leur avis sur la mesure dans laquelle (1) les dispositions de la loi sont logiquement liées aux trois objectifs touchant l'intérêt public; (2) les ordres qui régissent les professions peuvent mettre en oeuvre ces dispositions de la loi; (3) ils ont mis en oeuvre ces dispositions de manière optimale.

L'efficience du système de réglementation sera examinée pour déterminer si le temps et les ressources affectés pour réaliser les objectifs de la loi sont raisonnables et si le fardeau administratif de la réglementation peut être allégé sans nuire à l'efficacité, à la souplesse et à l'équité du système.

À mesure que le système de soins de santé évolue, grâce aux progrès technologiques notamment, il est essentiel que la loi soit assez souple pour faire face aux changements dans les rôles que joue chaque profession et dans la place de chacune. Le Conseil consultatif examinera donc la mesure dans laquelle le système de réglementation peut s'adapter rapidement aux nouvelles réalités.

Dans le contexte de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, l'équité procède de la prise en compte et du respect des droits et des intérêts de tous les patients et des professionnels, de la facilité d'accès et de l'égalité entre les parties prenantes du système de réglementation. Aux fins de la présente étude, la question d'équité sera donc examinée sous l'angle de ces principes.

18 Ces évaluations législatives ont été faites indépendamment de la présente étude par des consultants externes.

Processus

Le Conseil consultatif a élaboré une série de questions générales et spécifiques ayant trait à chacun des principaux concepts étudiés. Cependant, les réponses écrites à ces questions ne représenteront qu'une partie de la recherche entreprise par le Conseil consultatif aux fins de l'étude. Des audiences publiques, des groupes de discussion et des études descriptives sont également prévus. Les résultats des évaluations législatives des procédures relatives aux plaintes et à la discipline, des programmes d'assurance de la qualité et des programmes de relations avec les patients seront également intégrés dans l'étude.

À la lumière de tous ces renseignements, qui seront rendus publics, le Conseil consultatif déterminera la mesure dans laquelle le système est efficace, efficient, souple et équitable.

Enfin, le Conseil consultatif jugera si l'efficacité du système et ses effets (efficience, souplesse et équité) sont bien équilibrés les uns par rapport aux autres. C'est justement là la notion que sous-tend le titre du présent document, ***Question d'équilibre.***

Annexe 2 — Ordres régissant les professions de la santé

Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario[19]

Ordre des chiropraticiens de l'Ontario

Ordre des denturologistes de l'Ontario

Ordre des diététistes de l'Ontario

Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario

Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Ordre des inhalothérapeutes de l'Ontario

Ordre des massothérapeutes de l'Ontario

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

Ordre des opticiens de l'Ontario

Ordre des optométristes de l'Ontario

Ordre des pharmaciens de l'Ontario

Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario

Ordre des podologues de l'Ontario[20]

Ordre des psychologues de l'Ontario

Ordre des sages-femmes de l'Ontario

Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario

Ordre des technologues dentaires de l'Ontario

Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario

Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario

19 Cet ordre régit deux professions : audiologie et orthophonie.
20 Cet ordre régit également la profession de podiatre.

Annexe 3 — Actes autorisés

Un acte autorisé désigne l'un ou l'autre des actes suivants accomplis envers un particulier :

1. La communication à un particulier, ou à son représentant, d'un diagnostic attribuant ses symptômes à tels maladies ou troubles, lorsque les circonstances laissent raisonnablement prévoir que le particulier ou son représentant s'appuiera sur ce diagnostic.
2. La pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme, sous la surface des muqueuses, à la surface de la cornée ou des dents, ou au-delà, y compris le détartrage des dents.
3. La manipulation des articulations de la colonne vertébrale au-delà de l'arc de mouvement physiologique habituel d'un particulier au moyen d'impulsions rapides de faible amplitude.
4. L'immobilisation plâtrée des fractures ou des luxations articulaires, ou leur consolidation ou réduction.
5. L'administration de substances par voie d'injection ou d'inhalation.
6. L'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt :

- au-delà du conduit auditif externe,
- au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales,
- au-delà du larynx,
- au-delà du méat urinaire,
- au-delà des grandes lèvres,
- au-delà de la marge de l'anus,
- dans une ouverture artificielle dans le corps.

7. L'application des formes d'énergie prescrites par les règlements pris en application de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ou le fait d'en ordonner l'application.
8. La prescription, la délivrance, la vente ou la composition de médicaments au sens de la définition qu'en donne le paragraphe 117 (1) de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, ou la surveillance de la section d'une pharmacie où sont conservés ces médicaments.
9. La prescription ou la délivrance d'appareils de correction visuelle pour les malvoyants, de verres de contact ou de lunettes, autres que de simples lentilles grossissantes, dans le cas de troubles visuels ou oculaires.
10. La prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.
11. L'appareillage ou la délivrance de prothèses dentaires, d'appareils d'orthodontie ou de périodontie, ou de dispositifs qui se portent dans la bouche en vue de prévenir tout fonctionnement anormal de la denture.
12. La direction du travail des parturientes ou la pratique d'accouchements.
13. L'administration de tests de provocation d'allergie d'un type particulier selon lesquels un résultat positif constitue une réaction allergique significative (*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, article 27).

ANNEXE 4 — MODALITÉS DE PRÉSENTATION DES OBSERVATIONS

La présente publication a pour objet de vous demander votre avis sur l'efficacité et l'incidence de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, qui est entrée en vigueur le 31 décembre 1993. Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, qui entame actuellement une étude quinquennale de la loi, utilisera ces opinions, ainsi que les idées entendues lors des audiences et des groupes de discussion, pour faire ses recommandations au ministre de la Santé.

Une série de questions clés et de questions supplémentaires figurent à la fin de chaque section. Vous n'êtes pas tenu de répondre à toutes les questions pour préparer vos observations. Sentez-vous libre de répondre uniquement à celles qui vous intéressent. Si vous souhaitez aborder certaines questions qui ne sont pas soulevées dans le présent document, n'hésitez pas à le faire.

Veuillez indiquer si vous présentez vos observations à titre individuel ou au nom d'un organisme. N'oubliez pas d'inclure vos nom, adresse postale et numéro de téléphone. Les présentations anonymes seront rejetées.

Toutes les observations doivent être faites par écrit. Si vous avez accès à un ordinateur, nous aimerions recevoir une copie sur disquette en format Word, WordPerfect ou «texte». Vous pouvez également envoyer une deuxième copie de vos observations en la joignant à un message électronique à info@hprac.org.

Toutes les observations seront postées sur le site Web du Conseil consultatif (http://www.hprac.org/), ce qui permettra aux particuliers et organismes de revoir toutes les observations. Celles-ci seront postées dès que possible après que le Conseil consultatif les aura examinées.

Bien que les renseignements postés sur Internet soient techniquement accessibles à des internautes du monde entier, votre identité sera protégée puisque nous ne publierons pas les noms, adresses ou emplacements géographiques des personnes qui font des observations. Cette restriction ne s'applique pas aux ordres, associations, organismes ou autres institutions qui prendront part au processus et dont les adresses sont déjà connues et du domaine public.

Les observations ne devraient pas contenir de renseignements sur des particuliers ou des tiers identifiés par leur nom. Pour protéger leur identité et leur vie privée, le Conseil consultatif se réserve le droit de supprimer ou de modifier des renseignements qui permettent d'identifier des praticiens de la santé, leur lieu de travail ou de résidence et des institutions sans la permission de la personne qui présente les observations.

Les observations doivent parvenir au Conseil consultatif au plus tard à 17 h (HNE) le 29 octobre 1999. Une formule d'autorisation, figurant à la dernière page du présent document, doit accompagner toutes les présentations, faute de quoi les observations seront rejetées ou ne seront pas postées sur le site Web du Conseil consultatif.

On peut obtenir un exemplaire de la présente publication dans les bibliothèques publiques.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, écrire à :
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
2195, rue Yonge, 4e étage
Toronto (Ontario) M4S 2B2
Tél. : (416) 326-1550
Téléc. : (416) 326-1549
Courriel : info@hprac.org

La présente publication peut aussi être téléchargée du site Web du Conseil consultatif à www.hprac.org.

On peut se procurer des exemplaires de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, du *Code des professions de la santé* et des lois régissant chacune des professions de la santé auprès de la :

Librairie du gouvernement de l'Ontario
Tél. : (416) 326-5300 ou, sans frais, 1-800-668-9938
ATM : 1-800-268-7095, sans frais
ou
POD – Publications Ontario en direct à :
http://www.gov.on.ca/mbs/french/publications/

Pour des questions précises sur la présentation d'observations, téléphoner au :
1-888-377-7746, sans frais,
ATM : 1-800-387-5559

ou par courrier électronique à info@hprac.org

Formule d'autorisation

Nom de la personne qui fait les observations : .....

.....

Nom de l'organisme : (s'il y a lieu) .....

.....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : (avec indicatif régional) .....

Adresse électronique : (s'il y a lieu) .....

Je consens par les présentes à ce que mes observations soient postées sur le site Web du Conseil consultatif.

Veuillez cocher la case appropriée ci-dessous :

- ❑ Je fais des observations à titre individuel et il est entendu que mon nom ne sera pas posté sur le site Web.
- ❑ Je fais des observations au nom d'un organisme et il est entendu que le nom de l'organisme sera posté sur le site Web.
- ❑ Même si ces observations représentent celles d'un organisme, l'adresse figurant ci-dessus est celle d'un particulier et ne devrait pas être postée sur le site Web.

J'ai lu les directives à l'annexe 4, et je comprends et accepte les protocoles qui régissent la présentation des observations et leur affichage sur Internet.

Il est entendu que le Conseil consultatif examinera et modifiera les observations si elles contiennent des noms ou d'autres moyens permettant d'identifier des tiers.

Signature : ..... **Date :** .....

Nom (en majuscules) .....

Annexe E Actes autorisés dont la création ou l'exécution sont revendiquées par les professions soumises à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

Profession	Actes autorisés revendiqués
Audiologie	• évaluation audiologique : en faire un acte autorisé lorsqu'il est effectué aux fins de la prescription d'un appareil de correction auditive • prescription d'un appareil de correction auditive : modifier cet acte autorisé de sorte à y inclure la sélection, la vérification et la confirmation de l'appareil dont une personne malentendante a besoin • communication de diagnostics de troubles audiologiques
Dentisterie	• octroi aux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du droit : - d'effectuer l'acte autorisé qu'est l'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt au-delà du conduit auditif externe, au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales, au-delà du larynx, au-delà du méat urinaire, au-delà de la marge de l'anus et dans une ouverture artificielle dans le corps; - de communiquer un diagnostic basé sur : i. les antécédents médicaux de la personne concernée, ii. les conclusions d'un examen médical complet, ou iii. les résultats d'une analyse médicale en laboratoire autre qu'un essai ou une enquête • ajout aux actes autorisés de l'utilisation de lasers et de l'application de médicaments
Denturologie	• ordonnance de radiographies • appareillage de dispositifs susceptibles d'empêcher le ronflement
Diététique	• prescription de régimes thérapeutiques, d'une alimentation entérale ou d'une alimentation parentérale • ajout d'exemptions aux actes autorisés de sorte à permettre aux diététistes de : - communiquer un diagnostic - pratiquer une intervention sur le tissu situé sous le derme, de sorte à pouvoir prélever un échantillon de sang en piquant un doigt - distribuer des échantillons de produits nutritionnels - administrer des produits d'alimentation entérale - prescrire des suppléments de vitamines ou autres
Ergothérapie	• ajout aux actes autorisés la pose de systèmes de contention
Hygiène dentaire	• administration d'une substance par injection ou inhalation

Profession	Actes autorisés revendiqués
	• ordonnance de radiographies • communication de diagnostics relatifs à l'hygiène dentaire
Orthophonie	• communication de diagnostics de troubles de déglutition oropharyngiens et de troubles de communication
Pharmacie	• prescription de médicaments dans des circonstances limitées, suivant des protocoles très précis • exécution de tests de diagnostic
Physiothérapie	• communication de diagnostics qui tombent dans le champ d'application de la profession • introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt au-delà des grandes lèvres et de la marge de l'anus • pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme
Podologie	• communication de diagnostics relatifs à la podologie • ordonnance de radiographies
Profession d'opticien	• prescription de verres correcteurs et de verres de contact à l'aide de la technologie informatique moderne • ajout aux actes autorisés de la pose de prothèses oculaires et d'appareils de correction auditive
Psychologie	• prescription de médicaments • ajout aux actes contrôlés de : - l'utilisation de tests psychologiques - l'hypnose - la psychothérapie (distincte des consultations)
Soins infirmiers	• communication de diagnostics • délivrance de médicaments • application de formes d'énergie (défibrillation, électrocoagulation et stimulation cardiaque transcutanée)
Technologie médicale	• création d'un nouvel acte autorisé relatif aux procédures de contrôle de la qualité dans les laboratoires • ajout de l'électrocardiogramme à la liste des formes d'énergie dont l'application constitue un acte autorisé
Thérapie respiratoire	• ajout aux actes autorisés le fait d'appliquer ou d'ordonner l'application d'énergie sous forme de gaz médical à haute pression dans le cadre de la ventilation artificielle